

日常生活用具給付申請書

年 月 日

(宛先)湖西市福祉事務所長

申請者(保護者)
住 所
氏 名 (印)
(署名又は記名押印)
個人番号
(対象者(児)との続柄)
T E L

下記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。
なお、日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者 (児)	住所 (居住地)	☐ 申請者と同じ 〒				
	ふりがな					
	氏名	☐ 申請者と同じ				
	個人番号	☐ 申請者と同じ				
	生年月日	年 月 日				
	身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
		障害名			等級	級
	療育手帳	手帳番号	第 号	障害程度	A ・ B	
難病疾患名			症状			
給付希望理由		☐ 給付要件に該当するため ☐ 自己連続携行式腹膜灌流法による透析療法 ☐ 在宅酸素療法 ☐ 人口呼吸器装着 ☐ 吸引器使用 ☐ 酸素濃縮器使用 ☐ 喉頭摘出 上記以外の場合は具体的に記入してください。				
給付希望用具品目						
希望する形式・規模等						
購入希望業者名		☐ 見積書の業者と同じ ☐ その他 ()				
備考						