

高齢者・心身障害者(児)・難病患者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

桜井市社会福祉事務所長 様

申請者

住 所 桜井市大字.....

氏 名.....印

.....(対象者との続柄).....

電話番号.....

下記により高齢者・心身障害者(児)・難病患者等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の決定のために必要があるときは、私及び世帯全員の課税状況
 について、桜井市社会福祉事務所長が関係機関に報告を求めることに同意します。

対象者 (児)	氏 名		男・女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日	
	住 所	桜井市大字					
	状 況	・高 齢 者					
		・身体障害者	手帳番号	奈良県第	号	S・H	年 月 日交付
		・知的障害者	障 害 名				
・心身障害児		程 度	種 級・ (A・B)				
・難病患者等	疾患名(難病患者等の場合記入)						
世帯 の 状 況	氏 名	続 柄	生年月日	職 業	備 考		
希 望 す る 業 者 名							
給付を受けたい用 具 の 名 称					形 式 規 模 等		
給 付 上 特 に希 望 す る 事 項							