

第1号様式（第3条関係）

年 月 日

桜井市社会福祉事務所長 様

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(対象者との続柄)  
\_\_\_\_\_

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

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。

対象者 (児)	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
	住 所					
	状 況	・高 齢 者				
		・身体障害者	手 帳 番 号	県 第 号	年 月 日 交付	
		・知的障害者	障 害 名			
		・心身障害児	程 度	種 級・(A1・A2 B1・B2)		
・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	
給付を希望する業者						
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						

同 意 書

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。

氏名