

様式第1号（第4条関係）

日常生活用具給付申込書

年 月 日

（宛先）大東市長

（申込者）住所

氏名

（対象者との続柄）本人・保護者

大東市障害者等日常生活用具給付事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり日常生活用具の給付の申込みをいたします。また、給付の申込みに当たり、私の世帯の住民登録資料、税務資料、過去の給付状況等について、各関係機関に調査、照会等することを承諾します。

記

区	分	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 難病等
対	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				満 歳
	住所			電話番号 (日中連絡先)	
		個人番号			
象 者	身体障害者手帳	第 号 (年 月 日交付)			
		障害名		総合 等級	級
	療育手帳	第 号 (年 月 日交付)		判定	
	精神障害者 保健福祉手帳	第 号 (年 月 日交付)		等級	級
	介護認定	受けている ・ 受けていない			
	難病等患者	疾病番号 () 疾病名 ()			

用具 等	申し込む用具の名称 (ストーマ装具等を除く。)	
	ストーマ装具等	蓄便袋・蓄尿袋・紙おむつ 月分 ~ 月分
	業者の名称	
備考	※書類は対象者のご自宅へ送付します。別住所への送付希望の場合は、下記にご記入ください。 <input type="checkbox"/> その他 (〒 -)	
	宛名： _____ 対象者との続柄 ()	