

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	☐ 身体障害		☐ 知的障害		☐ 精神障害		☐ 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。 ☐ その他 (〒 -)		
	宛名： 対象者との続柄 ()		