

重度障害者等日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日										
魚 沼 市 長 様 申請者(対象者・児童の場合は保護者) 住 所 氏 名 電 話										
下記のとおり日常生活用具費の給付申請をいたします。 日常生活用具費の給付申請の決定のため、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	住 所									
	フリガナ 氏 名									
	個人番号						-			
	生年月日	年 月 日	性別		電話					
身体障害者手帳 又は療育手帳の 記載事項		手帳 番号	第 号			交付年月日		年 月 日		
		障害 種別				障害 等級	種 級			
難病等疾患名										
給付を希望する用具 の名称										
給付を希望する理由										
希望する 用 具 業 者	名 称									
	所在地									
	電 話					FAX				
該当する所得区分		生活保護 ・ 市民税非課税 ・ 市民税課税 ・ 一定所得以上								