

様式第 1 号

障害者日常生活用具給付申請書

年 月 日

筑後市福祉事務所長 殿

申請者（児童の場合は、保護者）

住 所

氏 名

（対象者との続柄）

電話番号（ ）

下記により日常生活用具の給付を申請します。なお、私の世帯の課税状況等について貴殿が調査されることを承諾します。また、支給決定後決定内容を業者へ通知することを同意し、日常生活給付費の受領については業者に委任します。

受 給 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
	住 所	筑後市大字			
	障害者 手 帳	県・市第 号 年 月 日交付			
	障害名 (身体のみ)		障害等級 (身体のみ)	級	
世 帯 の 状 況	氏 名	利用者 との続柄	生 年 月 日		備 考 (対象者に対する介護状況等)
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
給付を希望する 理 由					
給付を受けたい 用具の名称				希望する 型式等	
給付上特に 希望する事項	(業者名)				
備 考					