

障害（児）者日常生活用具給付申請書

(宛先) 北名古屋市

申請者	住所			
	フリガナ氏名		対象者との続柄	
	電話番号	(自宅) (勤務先)		

下記のとおり、日常生活用具の給付等を申請します。

なお、世帯の所得情報を地方税法に基づく課税台帳等により確認されること及び調査のための申請家屋への立ち入りを承諾します。

記

対象者	フリガナ氏名	個人番号：	生年月日		年齢	歳	性別	
	住所				電話番号			
希望の種目								
希望業者								

(対象者の状況)

身体障害者手帳	番号 交付年月日		等級	
	障害名			
療育手帳	番号 交付年月日		障害程度	
精神障害者 保健福祉手帳	番号 交付年月日		等級	