

様式第1号(第3条関係)

御殿場市障害者等日常生活用具給付(貸与)申請書

年 月 日

御殿場市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

個人番号

対象者との続柄( )

電 話

日常生活用具の給付(貸与)を受けたいので、次のとおり申請します。

日常生活用具給付(貸与)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、各関係機関に調査し、照会し、及び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	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日		
	障 害 名				障害等級	
療 育 手 帳	手帳番号	第 号	交付年月日			
	障 害 の 程 度	A ・ B ・ その他( )				
疾病名						
現在の居所	在宅・病院(退院予定 年 月)・施設( )・その他( )					
給付(貸与)を受けたい用具の名称						
希望する理由						
希望する事業者名						
備 考						

(注) 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにすること。