

日常生活用具給付申請書

年 月 日

白河市福祉事務所長

申請者
住 所
氏 名
(給付対象者との続柄)

次のとおり日常生活用具給付を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---------------|---------------|------|--|--|------------|--|--|--|--|--|-----------------|------|----|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 対象者 | 氏 名 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | 男・女 | | 生年月日 | | | 年 月 日生(歳) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | | 電話番号 | - | - | | | | | | | | |
| | 身体障害者手帳 | 都道府県(指定都市)第 号 | | | | | | | | | | 年 月 日交付 | | | | | | | | | | |
| | 障害名 | | | | | | | | | | | 障害等級 | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 氏 名 (個人番号) | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | 対象者 との 続柄 | 生年月日 | 職業 | 備考 (対象者に 対する 介護の 状況等) | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付を希望する理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

