

様式第1号

日常生活用具給付申請書

申請日： 年 月 日

豊川市社会福祉事務所長 殿

申請者 住所：
氏名：
：
電話： 対象者との続柄（ ）

次のとおり、日常生活用具の給付申請をいたします。

また、給付認定に係る自己負担額算定に必要な本人および扶養義務者に係る公募等の閲覧等に関する所定の権限を豊川市長に委任します。

別添見積書のとおり日常生活用具を購入します。品目等に変更のある場合は、新たに日常生活用具の給付申請を行うことを誓約します。

対象者	住所	〒			
	フリガナ氏名				性別
	生年月日	年 月 日生 (歳)	電話		
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別	種	障害等級	級	
	障害名				
療育手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	判定		次回判定	年 月 日	
精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	等級		有効期限	年 月 日	
給付を受ける日常生活用具名					
希望する日常生活用具業者	名称				
	所在地				
	電話		FAX		
給付歴		初回 ・ 再交付 (前回 年 月 日)			
生活保護への移行予防措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防 (定率負担減免措置) を希望します。			