様式第１号（第３条関係）

大崎市日常生活用具給付申請書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　　　　　　　　　大崎市長　　　　　様申請者住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　　　　）下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。また，日常生活用具の給付決定のため，私の世帯の住民登録資料，税務資料その他について，関係機関に調査，照会又は閲覧することを承諾します。 |
| 対象者 | 住　　所　　 | □申請者に同じ |
| 氏　　名 | □申請者に同じ |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男・女 | 電話 |  |
| 障害者手帳障　害　名 | 手帳番号 |  | 交付年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 障害種別（難病疾病名） |  | 障害等級 |  |
| 日常生活用具名 |  |
| 希望する業者 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電　　話 |  |
| 該当する区分 | 生活保護　・　低所得１　・　低所得２　・　一般　・　一定所得以上 |
| 備　　　　考 |  |
|  |

※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とすること。