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。