

様式第1号（第4条関係）

日常生活用具給付申請書

長浜市福祉事務所長 あて

令和●年 ●月 ●日

住 所 長浜市●●町●●番地

申請者

氏 名 長浜 太郎 ※押印不要

TEL 0749-65-6518

(続柄 本人)

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

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、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	フリガナ 氏 名	ナガハマ タロウ 長浜 太郎		
	住 所	長浜市●●町●●番地		
	生 年 月 日	昭和●年 ●月 ●日		
	手 帳	第 号 (年 月 日 交付)		
	障 害 名		等 級	種 級
	暮らしの現況	1 <input checked="" type="radio"/> 在宅 <u>「どちらかに○をつけてください」</u> 2 施設、病院 (●●病院) 「2 施設、病院」に○をつけた場合は、 施設名、病院名を記入してください。		
給付を受けたい用具の名称 * 希望する型式、規模等	紙オムツ			
給付を希望する理由				
希望する業者名	株式会社 ●● ●●店			
備 考				