

様式第1号(第9条関係)

日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日

福井市福祉事務所長 様

住 所 福井市

氏 名 印

(対象者との続柄)

電 話

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具の給付申請決定のため、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	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 生
	住 所	福井市			
	手 帳	身障・療育・精神		号	年 月 日 交付
	障害名			障害等級	種 級
給付を受ける 用具の名称					
希望する業者名					
そ の 他					
該当する所得区分	生活保護・低所得1・低所得2・一般・一定所得以上				
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。				
備 考	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をしてください。				