

様式第 1 号(第 6 条関係)

日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日

福井市長様

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、租税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				
	手帳	身障・療育・精神	号	年 月 日交付	
	障がい名			障がい等級	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		生活保護への移行予防(定率負担減額措置)を希望します。			
備考					