

様式第1号(第6条関係)

日常生活用具給付申請書

年 月 日

(あて先) 小松市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号 —

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。
※ 日常生活用具給付申請に際して、自己負担の認定に必要な対象者世帯の税・所得情報を、台帳により確認することに同意します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所				

障がい の 状 況	身体 障害者 手帳	(県第 年 月 号 日交付)	級	障害名	
	難病等 患者	疾患番号		疾患名	

世 帯 状 況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業	備 考
	対象者が18歳未満の場合は世帯全員、18歳以上の場合は配偶者のみ記入してください。				

給付を希望する理由	
給付を受けたい 用具の名称	
給付上特に 希望する事項	
備考	