

## 日常生活用具給付申請書

申請日： 年 月 日

久留米市福祉事務所長 宛て

(申請者)

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

対象者との続柄（            ）

電話： \_\_\_\_\_

下記のとおり日常生活用具（居宅生活動作補助用具を除く。以下同じ。）の給付申請をいたします。

日常生活用具の給付申請の決定のため、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	住所			
	フリガナ氏名	(個人番号)	性別	
	生年月日	年 月 日 生 ( ) 歳	電話	
身体障害者手帳	手帳番号		交付年月日	年 月 日
	障害種別		障害等級	
障害名				
世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	備考(対象者に対する介護の状況等)
給付を受ける日常生活用具名				
希望する日常生活用具業者	名称			
	所在地			
	電話		FAX	
生活保護の有無		有 ・ 無		
備考				