様式第１号（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

長泉町障害者日常生活用具給付（貸与）申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  長泉町長　　　様  　（申請者）  住　　所  氏　　名  　　　　　署名又は記名押印  （対象者との続柄　　）  電話番号  下記のとおり障害者日常生活用具の給付（貸与）を申請します。  日常生活用具の給付の決定のため、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 | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 性 別 | | |  | | | 電話番号 |  | |
| 障 害 者 手 帳  障　　害　　名 | | | 手帳  番号 | 第　　　　　号 | 交付年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 障害名 |  | | | | | | | 障害等級 | |  | |
| 給付（貸与）を  希望する  日常生活用具品目 | | |  | | | 形式等 | | | |  | | | | |
| 希望する業者 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 電話  番号 |  | | | | FAX | |  | | | | | |
| 該当する世帯  所得区分 | | | 生活保護 ・ （低所得１・低所得２） ・ 一般 ・ 一定所得以上 | | | | | | | | | | | |