

# 昭島市日常生活用具給付等申請書

年 月 日

(宛先) 昭島市長

申請者(対象者が児童の場合は保護者)

住 所  
氏 名  
個人番号  
対象児童との続柄  
電話番号

次のとおり、日常生活用具の給付等を申請します。

なお、この申請に関し必要な住民情報、課税情報等を公簿等により確認することに同意します。

対象者	フリガナ					
	氏名					
	個人番号					
	住所					
生年月日	年 月 日 (歳)		電話番号			
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	等級	種級		
	障害種別					
愛の手帳	手帳番号	第 号	程度	度		
難病疾病名						
日常生活用具の種目 (型式)						
購入予定業者名						
該当する所得区分	生活保護・低所得1・低所得2・一般					
備考						

下の欄は記入しないこと

上記の申請内容について決定してよろしいか伺います。

課長	係長	係

年金 確認	1 障害基礎年金(級)
	2 その他(月額)円)

\* 記載された事項は保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます