

# 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。

\* 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

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)