

# 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	電話番号
		( 歳 )			
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	1	障害基礎年金( 級)
確 認	2	その他 (月額 円)