

高齢者自立支援日常生活用具給付申請書

年 月 日

(宛先) 昭島市長

申請者 住 所
氏 名
続 柄 ()

次のとおり、高齢者自立支援日常生活用具の給付申請をします。

この申請に基づき必要な場合に限り、課税情報を確認することに同意します。

対象者氏名		生年 月日	年 月 日生 歳	
対象者住所			電話	()
希望する 用具の種類	1 腰掛け便座（便器） 5 歩行補助車 2 入浴補助用具 3 歩行支援用具 4 スロープ			
申請の理由 身体状況等				
家族の状況	氏 名	続柄	同居・別居	連絡先等
			同・別	
			同・別	
			同・別	