

様式第1 (第3条関係)

日常生活用具給付申請書

○年 ○月 ○日

鹿児島市長 殿

申請者住所 鹿児島市

山下町 番地
丁目 11番 1号

氏名 ○○ ○○

(署名又は記名押印)

電話・FAX

099-123-4567

対象者との続柄 (本人)

下記により日常生活用具の給付を申請します。

給付の決定に関して私の世帯の課税資料を閲覧すること及び購入等を希望する業者へ日常生活用具給付券を送付することを同意します。

対象者	氏名	○○ ○○		生年月日	昭和○年 ○月 ○日 (○歳)	
	住所	鹿児島市 山下 町		番地 1号		
	個人番号	1234 5678 9012				
	障害者手帳番号	鹿児島市 第 12345 号		○年 ○月 ○日交付		
	障害名	○○機能障害			障害等級	1 級
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考 (対象者に対する介護の状態等)	
	□□ □□	妻				
給付を希望する用具名						
給付を希望する理由						
備考						

給付を希望する用具名をご記入ください。