

様式第1 (第3条関係)

日常生活用具給付申請書

〇年 〇月 〇日

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 〇〇 〇〇

(署名又は記名押印)

電話・FAX

099-1234-5678

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課税資料を閲覧すること及び改修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	〇〇 〇〇		生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 (〇歳)	
	住所	鹿児島市 山下町 丁目 11番 番地 1号				
	個人番号	1234 5678 9012				
	障害者手帳番号	鹿児島県 第 12345 号		〇年 〇月 〇日交付		
	障害名	〇〇機能障害			障害等級	4 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)	
	〇〇 〇〇	妻				
給付を希望する用具名		ストーマ装具 (消化器系・尿路系・紙おむつ)				
給付を希望する理由						
備考						

該当するものに、〇をしてください。