

第1号様式(第3条関係)

障害者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

(宛先)
伊奈町長

申請者
住 所
氏 名
個人番号
電 話
(対象者との続柄)

給付を希望する本人について		
氏 名	生年月日	(歳)
	個人番号	
住 所	□同上	
給付を希望する用具の名称・型式等	紙おむつ等 (月 ~ 月分)	
給付を希望する理由(具体的に)	障害名、疾患名、症状など	
対 象 種 別	1 身体障害者・児 2 知的障害者・児 3 難病患者等	
給 付 の 方 法	1 業者に委託 2 申請者が購入 3 その他	

○添付書類

世帯員全員の当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類(下記「承諾書」に記入した場合は不要)

承 諾 書

日常生活用具給付決定の所得確認に関し、担当職員が町民税課税台帳を閲覧することについて承諾します。

住所 _____ 氏名 _____

確認欄 (以下の項目を確認し、確認後にチェック欄 (□) にレを入れてください)

□給付を希望する本人は、現在入院(入所)中ではありません。

□前回委託した業者から変更ありません。(給付を業者に委託する方のみ)

(前回委託業者名: _____)