

春日市障害者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

（宛先）春日市福祉事務所長

（申請者）

住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

—

—

春日市障害者等日常生活用具給付事業実施規則第3条第1項の規定により、次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民基本台帳及び市民税課税台帳の利用並びに関係機関への照会等を行うことを承諾します。

対象者	住所	春日市			電話番号：	—	—
	ふりがな				生年月日		
	氏名					年	月 日
身体障害者手帳	都道府縣市 第		号	（		年 月 日交付・再交付）	
	障害名			等級			級
療育手帳	都道府縣市 第		号	（		年 月 日交付・再交付）	
	判定	最重度・重度・中度・軽度		次回判定			年 月
精神障害者 保健福祉手帳	都道府縣市 第		号	（		年 月 日交付・再交付）	
	等級	級		有効期限			年 月 日
疾病名							
日常生活用具名							
希望する 日常生活 用具業者	名称			所在地			
	電話			F A X			

届出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下記に記入） ※連絡先は（ <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 届出者）に希望します		
氏名			申請者との関係
住所	電話番号 — —		

【市記入欄】 決裁日： 年 月 日 発送日： 年 月 日

該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上					
用具の価格	円	上記の申請について、（給付・却下）してよろしいか伺います。				
自己負担額	差額	円	担当者意見（給付等について）	担当者	係長	課長
	自己負担額	円				
	合計	円				
公費負担額	円					