　　　年　月　日

播磨町長　様

（申請者）〒

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

対象者との続柄

個人番号

電話　（　　　　）－　　　　－

※申請者は障害者（児）本人。ただし、18歳未満は保護者。

※申請者自筆の場合は押印不要。

日常生活用具給付申請書

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具の申請にあたり、町が対象者への訪問調査及び私と私の世帯員・配偶者の住民基本台帳、課税状況、障害福祉サービスの申請資料等を調査すること及び各関係機関に調査、照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（児） | 住所 | 〒　　　　－ | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 個人番号 |  |
| 氏名 |  | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 電話 |  |
| 障害者手帳 | | 手帳番号 | 第　　　号 | 障害種別 | 身体・知的 |
| 交付年月日 |  | 障害等級 |  |
| 障害名 |  | | |
| 疾患名 | | （障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名記載のこと） | | | |
| 生活保護  受給の有無 | | 有　・　無 | | 月額負担  上限※ | ０円　・　37,200円 |
| 給付を受けたい  用具の名称 | |  | | 希望する  形式規模等 |  |
| 対象者の状況 | | □在宅　　□入院中  □他（　　　　　　　） | | 前回の給付 | 年　　月　　日決定  （耐用年数　　　　年） |
| 希望業者 | 名称 |  | | 電話 |  |
| 所在地 |  | | | |
| 備考 | |  | | | |