

様式第1号(第6条関係)

つくば市障害者日常生活用具給付申請書

年 月 日

つくば市長 宛て

申請者 住所
氏名

日常生活用具の給付を受けたいので、つくば市障害者日常生活用具給付事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日生(歳)
	個人番号			
	住所			
	電話番号	()	(日中連絡の取れる電話番号を記載してください。)	
	身体障害者手帳	第 号	年 月 日交付	
	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を記載してください。)			
給付を受けたい用具の名称		左記用具の保有の状況	1 保有している 2 保有していない	
希望する業者名		世帯の状況	1 生活保護世帯 2 その他の世帯	

給付対象者が児童の場合、父母又は扶養者の心身等の状況により、自己負担額が軽減されることがあります。次の手帳等をお持ちの方は番号に○を付け、該当される方の氏名を御記入ください。

手帳等	1 身体障害者手帳 2 療育手帳 3 精神障害者保健福祉手帳 4 障害福祉サービス受給者証
該当者氏名	

※ 施設入所 (有・無)