

明石市障害者日常生活用具給付事業受給申請書兼減免申請書

申請日 年 月 日

明 石 市 長 様

申請者
 (障害者又は障害児の保護者)

住所
 氏 名
 電話番号

対象者との続柄 ()

下記により日常生活用具費の支給申請をいたします。

日常生活用具費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所	明石市			
	フリガナ 氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日	電 話
障 害 手 帳	明石市 兵庫県	兵東加 ()	第	号	年 月 日交付 年 月 日再交付
障 害 名				等級	級
疾 病 名					
支給を希望する 用具の名称				希望する型 式規模等	
希望する業者名					
減免該当の有無	有 (市民税非課税世帯・生活保護世帯)・無				
用具の給付にあたって特に希望する事項					
備 考					