

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 | |
| 障害者手帳 | 身体障害者手帳 | 明石市 兵庫県 | 兵東加 () | 第 | 号 | 年 月 日交付 年 月 日再交付 |
| | 療育手帳 | 明石市 兵庫県 | | 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 | 紙おむつ | | | 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 | 2・4・6か月分 | | | | | |