

## 島本町障害者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

島本町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

電話番号 \_\_\_\_\_

下記により障害者等日常生活用具の給付を申請します。

また、受給資格の確認のため、世帯状況・所得状況等について、関係台帳等により確認することを承諾します。

対 象 者	氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	島本町		
	障 害 の 状 況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（障害名： _____ /等級： _____ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（総合判定： _____ ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（等級： _____ 級） <input type="checkbox"/> 難病等（対象疾病名： _____ ）		
	介 護 保 険	未申請 ・ 非該当 ・ 要支援 ・ 要介護（要介護度 _____ ）		
給 付 を 受 け る 用 具 名 （型式規模等）				
給 付 を 希 望 す る 理 由				
業 者 名				
備 考				

（添付書類）  見積書  
 その他必要と認める書類（ 医師意見書、 その他： \_\_\_\_\_ ）