

様式第1号（第6条関係）

日常生活用具給付（貸与）申請書

令和 年 月 日

高島市長

申請者 住 所

氏 名

(対象者との続柄)

電話番号 _____

高島市障がい者日常生活用具給付等実施規則第6条の規定に基づき、次のとおり日常生活用具の給付等を申請します。なお、受給者負担額の決定に当たり、市が対象者およびその世帯員の課税状況について照会することに同意します。

対象者	フリガナ			生年月日	年				月				日				
	氏名			個人番号													
	住所	□申請者と同じ 高島市															
	手帳番号	第		号	交付年月日	年				月				日			
	障害名				障害等級	級											
世帯状況	(対象者が18歳以上の場合はその配偶者、18歳未満の場合は対象者本人以外の世帯員全員について記入)																
	氏名	続柄	生年月日			個人番号											
			年 月 日														
			年 月 日														
			年 月 日														
			年 月 日														
希望する用具の 種目(名称)		□ストーマ装具(消化器系) □ストーマ装具(尿路系) □紙おむつ等 □その他()															
希望する用具の 型式・数量等		□前回の申請時と同じ															
希望する給付券の 交付期間		(ストーマ装具、紙おむつ等、人工内耳用電池(空気電池)の給付を希望する場合のみ記入) 令和 年 月分 ～ 令和 年 月分 (か月分)															
取扱業者	名称																
	所在地																
	電話番号																