

日常生活用具給付（貸与）申請

年 月 日

大山町長 様

申請者
住 所
氏 名
(対象者との続柄) 印

下記により日常生活用具の給付（貸与）を申請します。

日常生活用具の給付（貸与）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	氏 名		男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日生 (歳)	
	住 所	鳥取県				
	障害区分	1. 身体 2. 知的 3. 精神				
	手帳番号 (身体・知的・精神)		第 号		S・H・R 年 月 日交付	
	障害名(身体のみ)			障害等級	級	
日常生活用具を必要とする者18歳未満の場合扶養義務者名			扶養義務者住所			
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	職業	備 考	
給付(貸与)を希望する理由						
給付(貸与)を受けたい用具の名称				希望する形式規模等		
給付(貸与)上特に希望する事項				ストマの場合、希望する給付期間(最長6ヶ月)	ヶ月分	
備 考						

○注 意 様式中、給付または貸与の字句は不要の方を抹消すること。

○添付書類 給付を希望する対象者の属する世帯が市町村民税非課税である場合、障害年金等、工賃証明、特別児童扶養手当等が確認できるものを添付すること。（貸与は除く）