

重度障害児・者等日常生活用具給付（貸与）申請書

相馬市福祉事務所長

年 月 日

次のとおり申請します。また、給付等決定のため、下記記載の世帯の所得状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

申請者	氏 名	※児童の場合は保護者名			電 話		
	住 所						
対象者	氏 名	□申請者に同じ			生年月日		
	住 所	□申請者に同じ					
	手 帳	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳			手帳番号		
					交付年月日		
	障害名				障害等級	級	
難病名	※病名や症状、用具の必要性が確認できる医師の意見書を添付してください。						
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	備考（介護の状況等）	※事務所記入欄		
					市民税均等割額	市民税所得割額	
					円	円	
					円	円	
					円	円	
					円	円	
					円	円	
給付等を希望する理由							
給付等を希望する用具	名称				型式		
	事業者						
※事務所記入欄							
給付等の可否	決定 ・ 却下（理由： ）						
予定価格			給付決定者が支払う額			公費負担予定額	
備 考							