様式第１号（第４条関係）

門真市障害者等日常生活用具給付等申請書

年　　月　　日

門真市福祉事務所長 様

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（給付対象者との続柄　　）

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。
また、負担上限額等を決定するために、門真市福祉事務所長が私及び同一世帯に属する者の所得状況等について、調査することに同意します。

個人番号	

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者氏名		年　月　日生　男　女	更生指導台帳番号
個人番号			
身体障害者等手帳番号	第　　号	（　　年　　月　　日交付）	
障害名及び難病等特殊な疾病名	級		施設入所希望の有無 有　無
給付を受けたい用具の名称		希望する型式規模等	
希望する業者名		TEL	
備考			

世帯員の状況	氏名	年齢	続柄	世帯区分
	個人番号			
			本人	1　生活保護受給世帯 2　市町村民税非課税世帯 3　市町村民税課税世帯

負担上限月額	用具名	金額	自己負担額	公費負担額
円				

上記のとおり確認しました。

年　　月　　日　　調査者