

様式第 1 号（第 4 条関係）

日常生活用具給付申請書					
豊能町長 様					年 月 日
申請者 住所 豊能町					
氏名					印
(対象者との続柄)					
TEL					
下記により 日常生活用具の給付を申請します。					
対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)
	住 所	豊能町			
	障害手帳番号	第 号		年 月 日交付	
	障害名			障害等級	
給付を希望する理由：					
給付を受けたい 用具の名称				希望する形 式規模等	
給付上特に 希望する事項					
希望する業者名					
備 考					
承諾書					
年 月 日に申請しました 給付につきまして、自己負担額 を決定するために、貴町が私の所得状況等について調査することを承諾します。					
年 月 日					
対象者氏名					印

(注意) 1 この申請書には、当該障害者等の属する世帯の前年分所得税又は前年度分市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること(本町において税務資料が確認できない方及び調査・閲覧について同意できない方)。