

日常生活用具費支給申請書

神戸市 福祉事務所長 あて

申請者（対象者本人※18歳未満の場合は保護者）
住 所

電 話 — —

氏 名

（対象者との続柄： ）

日常生活用具費の支給申請の決定のため、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、確認されることに同意いたします。
また、日常生活用具費の支給を代理受領方式（支給費を事業者に委任）とすることに同意いたします。
以上のことを全て同意のうえ、下記のとおり日常生活用具費の支給申請をいたします。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
	対象者氏名			
身体障害者手帳番号	第 号	交付年月日		年 月 日
障害種別		障害等級		種 級
障害名				
療育手帳番号	第 号	交付年月日		年 月 日
障害程度				
配偶者有無	有 ・ 無			
フリガナ				
配偶者氏名				
購入する日常生活用具の品名				
購入先事業者名				
生活保護受給	有 ・ 無			
備 考				