

堺市障害者（児）日常生活用具給付申請書

年 月 日

堺市 保健福祉総合センター所長 殿

申請者 住 所

氏 名

(個人番号※)

(対象者との続柄)

(電話番号)

堺市障害者（児）日常生活用具給付事業実施要綱第5条の規定により次のとおり日常生活用具の給付を申請します。なお、世帯の住民登録資料、税務資料等について、各関係機関に調査し、照会し、閲覧することを承諾します。また、給付を受けた場合は、費用の負担その他堺市障害者（児）日常生活用具給付事業実施要綱に定める事項を遵守します。

対 象 者	(フリガナ) 氏 名	(個人番号※)	生年月日	年 月 日	
	住 所				
	手 帳	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障 害 名			等 級	級
	疾 病 名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載のこと。)			
	施設入所・ 入院の有無	無 ・ 有	有の場合 施設・病院名 退院退所予定		
給 付 を 受けたい用具の名称			住居の状況	自家・借家 (家主の承諾)	
希 望 す る 業 者 名					
該 当 す る 所 得 区 分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般				
備 考					

注意 該当する所得区分の欄において、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯については、生活保護の区分となります。

※ 申請日の属する年の1月2日以後に本市に転入された方については、必ず記載してください。