

支所受付印

取受印

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	起	案
						施	行
	このことについて、別紙のとおり支給決定してよいか伺います。						施

様式第3号の1(第4条関係)

福島市 重度障がい者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

住 所	福島市	氏 名	(児童の場合は、保護者氏名)
生 年 月 日	年 月 日(才)	電 話 番 号	
児 童 氏 名 (該当する場合のみ)		児 童 の 生 年 月 日	年 月 日(才)

福島市福祉事務所長

下記より日常生活用具の申請をいたします。また、日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

手帳の種別	(身 体 ・ 療 育 ・ 精 神 保 健 福 祉) 該当するものに○を付けて下さい。		
手帳番号	福島県・市 第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 名			
(難病事由の場合、難病名)	(身体 級)	(療育 A ・ B)	(精神保健福祉 級)

給付を希望する用具の種目							
希望する用具の型式等 (メーカー、型番等)							
希望業者名							
施設入所・病院入院等の有無	無 ・ 有()				退院予定	月 日	
世帯の状況	氏名	続柄	年齢	職業	健康状態	個人番号	
		本人					

支給対象者が18歳以上の方は、本人と配偶者の個人番号が必要となります。
支給対象者が18歳未満の方は、世帯全員の個人番号が必要となります。