

第1号様式 (第3条関係)

日常生活用具給付等申請書

年 月 日

大磯町長 殿

申請者 住所  
氏名  
対象者との続柄  
電話

次のとおり日常生活用具の給付等を申請します。なお、日常生活用具の給付等の決定のため、町が私の世帯の住民登録資料、税務資料その他の資料を閲覧し、並びに各関係機関に調査及び照会することを承諾します。

対象者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名		個人番号:			
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
身体障害者手帳 療育手帳 障 害 名	手帳番号		交付年月日		年 月 日	
	障害種別		障害等級			
	給付等を希望する用具の名称					
希望する事業者	名 称					
	所在地					
	電 話					
	FAX					
特に希望する事項						
所得区分		<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 低所得1	<input type="checkbox"/> 低所得2		
		<input type="checkbox"/> 一般世帯	<input type="checkbox"/> 一定所得以上			
備 考						