

日 常 生 活 用 具 給 付 申 請 書				
蒲郡市長 様				年 月 日
(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申請をいたします。 また、給付認定に係る自己負担額算定に必要な本人および扶養義務者に係る公簿等の閲覧等に関する所定の権限を蒲郡市長に委任します。 別添見積書のとおり日常生活用具を希望します。品目等に変更のある場合は、新たに、日常生活用具の給付申請を行うことを誓約します。				
対 象 者	ふりがな 氏 名			生年月日
	手帳番号	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳		
	障害等級	級	種別	種
障害名				
購入をしたい用具の 名称				
希望する業者名				
給付歴		初回 ・ 再交付（前回 年 月 日）		
生活保護への移行予 防措置に関する認定		☐ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。		