

日常生活用具費助成申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者 (本人または保護者)

郵便番号 (〒 _____)

住 所 浜松市 _____

氏 名 _____ (印)

(対象者との続柄) _____

電話番号 (_____) _____

下記により日常生活用具費の助成を申請します。

対 象 者	ふりがな					
	氏 名		男・女	生年月日		年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる (_____)				
	難病疾患名		症 状			
	身体障害者手帳	浜松市・静岡県・(_____) 第 _____ 号				
	障 害 名	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 (上肢・下肢・体幹) <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声言語障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			障害等級	級
	療 育 手 帳	浜松市・静岡県・(_____) 第 _____ 号			障害程度	A・B
	介 護 保 険	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (_____ 年 月) <input type="checkbox"/> 該当 (要支援1・要支援2 / 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)				
日 常 生 活 用 具 名	助成希望用品目					
	製品名・型番等					
	購入希望業者名					
	助成希望理由	<input type="checkbox"/> 要綱の対象要件に該当するため <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
承 諾	日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、税務資料、その他について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。 <p style="text-align: center;">年 月 日 氏 名 印 代筆者 続柄</p>					