

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

（あて先）五島市長

申請者 住 所
氏 名

日常生活用具給付事業利用申請書

日常生活用具給付事業を利用したいので、次のとおり申請します。
なお、内容の審査に当たり、世帯全員の市町村民税の課税状況について調査を行うことを承諾します。

対象者	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所				電話番号	
身体障害者手帳番号					障害等級	種 級
療育手帳番号					障害の程度	
精神障害者保健福祉手帳番号					障害等級	種 級
難病疾病名					受給者番号	
希望する日常生活用具名						
希望する日常生活用具業者	名 称					
	所在地				電話番号	
世帯員の状況	氏 名	対象者との続柄	年齢	市町村民税の課税の有無 前年中の収入額		摘 要
		本人				
代理受領の申出		<input type="checkbox"/> 日常生活用具給付事業に係る助成金の受給について、上記の日常生活用具業者にその受領を委任することを申し出ます。				

備考

- 「世帯員の状況」欄は、対象者及びその配偶者（対象者が障害児であるときは、その保護者の属する世帯の世帯員）について記載してください。
- 代理受領を申し出るときは、「代理受領の申出」欄の□に✓を記入してください。