

様式第 1 号（第 6 条関係）

日常生活用具給付申請書

※ — —

年 月 日

ひたちなか市福祉事務局長 殿

申請者

住所

氏名

（対象者との続柄）

電話番号 （ ）

ひたちなか市障害者等日常生活用具等給付事業実施要綱第 6 条の規定により次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
	個人番号			
	手帳番号		障害等級	
	障害・疾病名			
給付を受けたい用具の名称				
希望する業者	名称			
	住所			
	電話番号			

※本市に前年度の市町村民税課税情報がない場合のみ記入

同意書

利用者負担額の審査に当たり，私及び私と同一世帯の者の市町村民税課税状況の確認のため，市長が他の市町村から前年度の市町村民税額情報を取得することに同意します。

年 月 日

氏名

（※）本人が自署しない場合は，記名押印してください。