

別記第9号様式（第17条関係）

日常生活用具給付申請書・補装具費（購入・修理）申請書兼所得状況等確認同意書
 年 月 日

音更町長 宛て

次のとおり日常生活用具・補装具費（購入・修理）の給付を申請するとともに、当該給付決定のため、音更町が行う所得状況等の確認に同意します。

申請・同意者
 住 所
 氏 名
 個 人 番 号
 ※自署又は記名押印すること
 対象者との続柄
 電 話

対 象 者	氏 名	個人番号:		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所						
	身体障害者 手帳等	手帳番号	第	号	交付年月日	年 月 日	
		種別			等級		
	内容						
療育手帳	手帳番号	第	号	交付年月日	年 月 日		
	判定内容						
難病名等							
給付・貸与を受けたい用具 (名称・形式規模等)		1 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 日生具					
		2 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 日生具					
		3 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 日生具					
希望する事業者		1					
		2					
		3					
備 考							