

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:	男・女	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					