

日常生活用具給付申請書

(あて先) 鎌倉市長

令和 年 月 日

下記のとおり、日常生活用具の給付申請をいたします。

|   |  |     |         |   |           |     |
|---|--|-----|---------|---|-----------|-----|
| 対象者<br>(障害児・者)  | 住所   | 鎌倉市 |         |   | 電話番号      | ( ) |
|   | フリガナ   |     | 男・女     | 生年<br>月日  | 明・大・昭・平・令 |     |
|   | 氏名   |     |         |   | 年         | 月   |
| 手帳等   | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br>神奈川県 第.....号<br>交付年月日 昭・平・令.....年.....月.....日<br>総合等級.....級<br><input type="checkbox"/> 視覚障害 (.....級)<br><input type="checkbox"/> 聴覚障害 (.....級)<br><input type="checkbox"/> 肢体不自由・上肢 (.....級)<br><input type="checkbox"/> 肢体不自由・下肢 (.....級)<br><input type="checkbox"/> 肢体不自由・体幹 (.....級)<br><input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸機能障害 (.....級)<br><input type="checkbox"/> じん臓機能障害 (.....級)<br><input type="checkbox"/> その他 (.....) (.....級) |     |         | <input type="checkbox"/> 療育手帳<br>神奈川県 第.....号<br>交付年月日 昭・平・令.....年.....月.....日<br>障害の程度.....        |           |     |
|   |  |     |         | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br>神奈川県 第.....号<br>交付年月日 昭・平・令.....年.....月.....日<br>障害等級.....級 |           |     |
|   |  |     |         | <input type="checkbox"/> 難病 ( <input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> その他 )<br>(疾患名) |           |     |
| 希望する用具・業者   | 用具・種目  |     |         |   |           |     |
|   | 業者   |     |         |   |           |     |
| 日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、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。 |  |     |         |   |           |     |
| 対象者 (児童の場合は保護者) 氏名 _____  |  |     |         |   |           |     |
| 申請書提出者  | 住所   | 鎌倉市 |         |   | 電話番号      | ( ) |
|   | フリガナ   |     | 対象者との続柄 |   |           |     |
|   | 氏名   |     |         |   |           |     |