

第4条関係

日常生活用具給付申請書

年 月 日

大竹市長様

申請者
住所
電話番号
対象者から見た申請者の関係()

次の対象者に日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具の給付申請決定のため、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。また、日常生活用具給付に係る請求及び受領の権限を、下記の希望業者に委任します。

フリカナ 氏 名 個人番号		男 ・ 女	生年月日 年 月 日		
住所 〒		電話番号 ()			
手帳	県 第 号	交付 等級	年 月 日 級		
年金・手当での受給					
商品名		製品番号		数量	
又は、商品等が確認できる物(カタログ)を持参してください。					
希望業者		希望給付月数(ストマなどの場合記載) 月 ～ 月の ケ月分			
決定通知の送付先(○印) 1申請者 2対象者 3その他 (3については右欄記入)		住所 〒 電話			

第4条関係

世 帯 情 報

世帯構成員氏名	続柄	生年月日	生活保護	年度市町村民税額		種別	備考
				均等割	所得割		
1 個人番号	世帯主						
2 個人番号							
3 個人番号							
4 個人番号							
5 個人番号							
6 個人番号							

添付書類

生活保護を受けている世帯の方は、生活保護受給世帯の証明書が必要です。