様式第1号（第3条関係）

|  |
| --- |
| 粕屋町障がい者等日常生活用具給付申請書　　年　　 　月 　　　日粕屋町長　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜申請者＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　(対象者との続柄)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 電話　下記により日常生活用具の給付を申請します。また、下記業者に決定通知及び給付券の写しを交付することを承諾します。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 | (個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 生年月日 | 年　 月　 日 | 性 別 |  | 電 話 |  |  |
| 身体障害者手帳障　　　害　　　名 | 手帳番号　　　　　 | 　　第　　　　　　号 | 障害等級 | 　　　　　　　級 |
|  |
| 疾　　患　　名 | （障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと） |
| 給付を受ける日常生活用具名 |  |
| 希望する業者名 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　話 |  | FAX |  |
| 生活保護への移行予防措置に関する認定 | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 |
| 同　　意　　欄1. 対象者以外が申請する場合、申請書の提出を上記申請者に委任することを同意します。
2. 粕屋町障がい者等日常生活用具給付決定のため、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。

年　　　月　　　日　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者住所　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄）　　※本人氏名を代筆した場合には右記にもご記入ください。 |

添付書類

* 障害者手帳又は特定医療費（指定難病）受給者証の写し
* 見積書
* 希望する用具のカタログ（ストーマ用具・紙おむつ等は除く）
* 医師意見書（用具の種類によっては必要な場合があります。なお、難病患者の場合は必ず必要です。）