

明石市障害者日常生活用具給付事業受給申請書兼減免申請書

申請日

年

月

日

明石市長様

申請者
(障害者又は障害児の保護者)

住所

氏名

個人番号

電話番号

対象者との続柄 ()

下記により日常生活用具費の支給申請をいたします。

日常生活用具費の支給申請の決定のため、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

対象者	住所	明石市						
	フリガナ氏名	(個人番号)						
	生年月日	年	月	日	電話			
障害者手帳	身体障害者手帳	明石市 兵庫県	(兵東加)	第	号	年	月	日交付 日再交付
	療育手帳	明石市	兵庫県	第	号	年	月	日交付 日再交付
障害名						等級	級	
疾病名								
支給を希望する用具の名称		紙おむつ			希望する型式規模等			
希望する業者名								
減免該当の有無		有（市民税非課税世帯・生活保護世帯）・無						
用具の給付にあたって特に希望する事項								
備考		2・4・6か月分						