様式第１号（第９条関係）

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
対象者との続柄　（　　）
電話番号

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、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	住　　所	明石市　　□　申請者に同じ		
	フリガナ 氏　　名	□　申請者に同じ （個人番号　　）		
	生年月日	年　　月　　日	電　話	
障害手帳	身体障害者手帳	明石市　兵東加　兵庫県　（　　）　第　　号　年　月　日交付 年　月　日再交付		
	療育手帳	明石市　兵庫県　第　　号　年　月　日交付 年　月　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		

申請者居住地と異なる場合の連絡先記入欄

①	住所	〒　　－
	氏名	（申請者からの続柄：　　）
	電話番号	
②	住所	〒　　－
	氏名	（申請者からの続柄：　　）
	電話番号	

※申請者以外の方へ送付を希望する場合、**以下のいずれかをチェックしてください。**

□申請書及び支給券は全て、①の送付先への送付を希望する

□申請書は①の送付先へ、支給券は②の送付先を希望する