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
- 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、　各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	住　　所	□　申請者に同じ		
	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		明石市　　兵東加 兵庫県　（　　）　第　　号　　年　　月　　日交付 年　　月　　日再交付		
障害名			等級	
疾病名				
支給を希望する用具の名称		希望する型式規模等		
希望する業者名				
減免該当の有無				
用具の給付にあたって特に希望する事項				
備　　考				

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