

様式第1号（その1）（第6条関係）

日常生活用具費助成申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり日常生活用具費の助成を申請します。

申請者	氏名	㊟		男・女	生年月日	年 月 日（歳）	
	住所	掛川市			電話番号		
	手帳番号	第 号			年 月 日交付		
	障害名又は疾病名				障害等級		
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	備考	
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（ 年 月）						
	<input type="checkbox"/> 該当（要支援・要介護・1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 非該当						
日常生活用具名					希望する形式 規模等		
希望する業者							
備考							

（注）

- 1 介護保険該当者は、申請品目により介護保険の貸与・給付制度が優先されます。
- 2 事業者の見積書を添付してください。
- 3 難病患者等に該当する方は、手帳番号及び障害等級の欄の記載に代え、疾病名及び症状が確認できる医師の診断書を提出してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名	-----		申請者との関係
住所	〒 電話番号		