

日常生活用具費支給申請書

年 月 日

調布市長 宛

申請者（児童の場合は保護者氏名）

住所

フリガナ

氏名

個人番号

電話・Fax

次のとおり日常生活用具費の支給を申請します。

支給対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	年 月 日
		個人番号	
	住所	Tel ()	
	手帳の種類 (○で囲んでください)	身体障害者手帳 ・ 愛の手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳	
	障害名 (総合等級と部位別 等級を記入ください)		
日常生活用具等の種目			
申請理由			
購入等予定業者			
世帯の市区町村民税課税状況等		生活保護等・非課税・課税（均等割のみ）・課税（所得割有）	
代行者氏名		(障害者相談支援事業者が代行) 連絡先Tel	

※1 代行者は、調布市から相談支援事業の委託を受けた事業所に所属する者に限る。

※2 生活保護等とは、生活保護及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による支援給付をいう。

日常生活用具費の支給決定のため、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、照会及び閲覧することに同意します。

また、支給決定がされた場合に支払われる日常生活用具費支給額の請求及び受領の権限は、当該日常生活用具費に係る日常生活用具等を提供した業者に委任します。

申請者氏名