様式第１号の１表面（第４条関係）

豊田市障がい者日常生活用具給付等申請書

年　　月　　日

豊田市長　様

申請者（対象者が満１８歳未満の場合は保護者）

住　　所

氏　　名

個人番号

対象者との続柄（　　　　　　　　　　　　　　　）

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。なお、自己負担額の算定に必要な場合は、豊田市において市民税等に係る公簿の閲覧（世帯員分を含む。）及び関係機関に対し調査、照会又は閲覧をすることに同意します。

MMMMMMMM

対象者	フリガナ	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM		生　年　月　日	
	氏　　名	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM		MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM （　MMMM 歳）	
	個人番号		電話番号	（　　　　）　　　－	
	住　　所	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM			
	身体障がい者手帳番号	MMMMMMMMMMMM　第　MMMMMMMMMMMM　号		障がい等級	MMM 級
	障がい名	MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMM　MMMMMMMMMMMMM　MMMMMMMMMMMMM　MMMMMMMMMMMMM MMMMMMMMMMMMM　MMMMMMMMMMMMM　MMMMMMMMMMMMM　MMMMMMMMMMMMM MM			
	療育手帳番号	MMMMMMMMMMMM　第　MMMMMMMMMMMM　号		判　　定	MMM
	精神障がい者保健福祉手帳番号	第　MMMMMMMMMMMM　号		障がい等級	MMMMM
	指定難病名				
給付を受けたい用具の名称			業者名		

※市記入欄　　☐手帳該当　☐難病該当

添付確認	☐見積書　☐カタログ写し（紙おむつ、ストーマ装具、寝具（貸与）、寝具クリーニングを除く） ☐医師の意見書（種目を確認し、意見書の添付を要する場合のみ（福祉の制度で確認）） ☐医師の診断書（難病要件に該当する場合のみ）
窓口確認	☐購入前　☐耐用年数経過（再購入の場合のみ）　☐入院、入所中ではない ☐介護保険対象者ではない（◎の種目）

MMMMMMMM　　（受付者：　　　　　　　　　）　（担当：MMMMMMMMMMMMM　）