ファイル名 : H247
解像度(DPI) : 300
フォームサイズ : A4
使用フォント : NONE
使用ロゴ : NONE
使用タイル : NONE
使用グラフィック : NONE
使用カラー : NONE
ファイルサイズ(Bytes) : 280979

用紙サイズ : A4
Nアップ : 1UP
スケール(%) : (100,100)

印刷モード : SIMPLEX
コピー部数 : 1

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。

対象者	フリガナ			生　年　月　日	
	氏　　名			（　　歳）	
	個人番号		電話番号	（　　）　　－	
	住　　所				
	身体障がい者手帳番号	第　　号		障がい等級	級
	障がい名				
	療育手帳番号	第　　号		判　　定	
	精神障がい者保健福祉手帳番号	第　　号		障がい等級	
	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）

（受付者：　　）　（担当：　　）