

障害者(児)日常生活用具給付等申請書

令和 年 月 日

立川市長 殿

住所 立川市 町 丁目 ー

申請者

氏名 (本人との関係)

電話 ( )

次により、障害者(児)日常生活用具の給付等を申請します。

対象者	住所	申請者と同じ <input type="checkbox"/> ※申請者と同じ場合は、住所・氏名・電話番号は記入不要です。 立川市 町 丁目 ー			
	ふりがな 氏名	電 話	( )		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	性別	男 ・ 女	
身体障害者手帳	番 号	都道府縣市第 号			
		昭・平・令 年 月 日交付	等級	種 級	
	障害名				
愛の手帳	番 号	東京都 第 号			
	交 付	昭・平・令 年 月 日交付	程度	度	
難病患者等	疾病名				
申請事項	用具の種目		希望する型式		
申請理由及び 希望事項					

今後この申請書に関して、申請者及び申請者の家族等の所得の状況を公簿等により調査することを承認します。