様式第１号

日常生活用具給付申請書

宮崎市長　殿　　年　　月　　日

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。
なお、申請に係る決定のため必要がある時は、宮崎市が私及び私の世帯に関する資料及び生活保護受給に関する資料を閲覧すること、さらに給付手続きにあたって必要な個人情報を希望する業者に提供することに同意します。

申請者　氏　名　　保護者の場合は
（個人番号：　　）　本人との続柄　（　　）
（障がいがある方ご本人。18歳未満の場合は保護者。）　連絡先 電話：　－
FAX：　－

窓口に来た人　氏　名　　申請者との続柄（　　）
連絡先 電話：　－

対象者	ふりがな		生年月日	年　月　日生
	氏　名	（個人番号：　　）		
	住　所	宮崎市		
	障がい者手帳番号	宮崎県・市　第　　号	年　月　日　交付	
	障がい名	による機能障がい	障がい等級	級

	氏　名	続　柄	氏　名	続　柄
世帯の状況				

給付を受けたい用具の名前	
希望する業者名	

確認事項
①現在、生活保護を受給していますか。　はい　・　いいえ
ケース番号（　　）
②現在、施設に入所または病院に入院していますか。　はい　・　いいえ
↓
退所・退院(予定)期間：　　ヶ月・　　週間　・　未定

(備考) 送付先を指定する場合または、本申請に関する問い合わせ先等が申請者と別の場合はこの欄にご記入ください。

(R4.4)