

様式第1号（第4条関係）

障害者等日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

常陸太田市長 殿

申請者住所 常陸太田市

氏 名

連絡先 _____

（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。

対象者	氏名		生年月日		年 月 日生
	住所	常陸太田市 町			
	身体障害者 手帳番号		第 号	障害等級	級
	障害名	疾病によるぼうこう又は直腸機能障害			
給付を受けた い用具の名称	ストマ用装具				
希望業者					
給付を希望する 理由	上記により				
備考					