

ニュー福祉機器助成申請書

年 月 日

（あて先）羽 島 市 長

申請者 住所
 氏名 印
 TEL () -
 給付対象者との続柄 ()

下記により、ニュー福祉機器助成事業の助成を申請します。

なお、必要がある時は、私及び私の世帯員の課税及び収入の状況につき、貴福祉事務所が調査、又は官公署に調査を委託し報告を求めることに同意します。

記

対 象 者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所				
	身体障害者手帳	第	都道府県 号	年 月 日	交付
	障害等級	級	種	障害名	
世 帯 の 状 況	氏 名	対象者 との続柄	生年月日	職 業	備 考 (対象者に対する介護の状況等)
助成を希望する理由					
助成を希望する 福祉機器の名称				希望する型式、 規模等	
希 望 す る 納 入 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
助成上、特に 希望する事項					
備 考					

添付書類：希望するニュー福祉機器の見積書及びカタログ
 手帳、意見書等の身体状態の分かるもの