

高齢者日常生活用具給付申請書

年 月 日

大山崎町長 様

申請者住所 大山崎町

申請者氏名 印

電話番号 075 - -

下記のとおり、高齢者日常生活用具の給付を申請します。
 また、制度の利用に関して、世帯の所得状況の確認のため、町が調査を行うことについて承諾します。

対 象 者	ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日生 (満 歳)	
	住 所 (設置場所)	大山崎町字 小字 番地 (電話 075 - -)			
	所得の状況	前年の所得		円	
	心身の状況	病 名 主治医 (電話 -)			
給付を受けたい 用具の名称					
申 請 理 由					
世 帯 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	職 業	備 考

(注) 業者の見積書、商品カタログの写しを添付してください。