

# 日常生活用具給付（点字図書）申込書

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

豊中市長

申込者 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
 (本人または保護者)  
 名前 \_\_\_\_\_ 対象者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、日常生活用具の給付を申込みます。

日常生活用具給付の決定のため必要な場合は、豊中市長が私及び私の属する世帯の市民税課税台帳等、住民基本台帳等を閲覧すること、並びに、生活保護受給の有無を照会することに同意します。

□はい

(ふりがな) 対象者		生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ 豊中市		
豊中市民となった日	<input type="checkbox"/> 2年以上前から <input type="checkbox"/> 今年または昨年 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日転入)		
世帯構成	本人 (児童の場合は生計維持者) (生年月日) _____		
	配偶者 (生年月日) _____		
身体障害者手帳	手帳番号 _____ 交付年月日 _____	第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日交付	障害 等級 _____ (級)
用具の名称	点字図書	タイトル	
希望する業者名			
決定通知書の送付先	<input type="checkbox"/> 対象者	<input type="checkbox"/> その他 名前： _____ 住所： _____	
備 考	既交付巻数又は交付タイトル数 _____ 巻 _____ タイトル		

受 付：