

日常生活用具支給申し出書

身体障害者	住 所	阿賀野市		
	氏 名			
	生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和)	年	月 日 (歳)
	身体障害者手帳等級		障害	(級)

○障害名及び原因となった疾病・外傷名

○現在の状況について（日常生活用具を必要と認める理由が明確となるよう記載する）

○その他参考事項

上記のとおり申し出ます。

年 月 日

住 所
氏 名