

年 月 日

自立高齢者日常生活用具給付申請書

（宛先）伊勢崎市長

次のとおり、自立高齢者日常生活用具給付を申請します。

申請者（対象者）	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名		電話番号		
			携帯番号		
			住所	伊勢崎市	
	介護認定状況	(1) 非該当（自立） (2) 申請中 (4) 要支援1・2 (5) 要介護1 (6) 要介護2以上			
	申請種目	1 シルバーカー 2 入浴補助用具 3 電磁調理器			
	申請品名				
フリガナ		電話番号／携帯番号			
連絡先氏名	(続柄:)				

代理人が申請する場合は、下記にも記入してください。

代理人住所			
代理人氏名			
電話番号		申請者との関係	

※以下は記入しないでください。

来庁者確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
自己負担割合			