

第1号様式（第5条関係）

沼津市重度身体障害者等防災用具給付申請書

年 月 日

（あて先）沼津市長

申請者 住所  
氏名 印  
（対象者との続柄）

次のとおり防災用具の給付を申請します。

なお、私及び私の世帯に属する者の市民税の課税状況につき、沼津市長が税務関係当局に照会を求めることに同意します。

対象者	氏名	年 月 日生（ 歳）				
	住所	沼津市	電話 ー			
	身体障害者手帳	県第 号（ 年 月 日交付） 障害名			等級	級
	特定疾患名					
生計中心者氏名						
生計中心者を含む世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	備考（対象者に対する介護の状況等）	
給付を希望する理由						
現在の住まいの状況	1 自宅 2 借家	人工呼吸器の型式		人工呼吸器使用年月日	年 月 日	
給付を受けたい防災用具の名称						
希望する型式等						
備 考						