沼津市重度身体障害者等防災用具給付申請書

年　　月　　日

（宛先）沼津市長

申請者　　住　所
氏　名
（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。

<table>
<tr><td rowspan="4">対象者</td><td>氏　名</td><td colspan="4">年　　月　　日生（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">沼津市　　電話　　―</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳</td><td colspan="2">県第　　号（　　年　月　日交付）
障害名</td><td>等級</td><td>級</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定疾患名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="3">生計中心者氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">生計中心者を含む世帯の状況</td><td>氏　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>職　業</td><td colspan="2">備考（対象者に対する介護の状況等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">給付を希望する理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>現在の住まいの状況</td><td>1　自宅
2　借家</td><td>人工呼吸器の型式</td><td></td><td>人工呼吸器使用年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">給付を受けたい防災用具の名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する型式等</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>