様式第３号（第３条関係）

日常生活用具給付変更（取消）申請書

年　月　日

　伊達市福祉事務所長

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　印

（利用対象者との続柄:　　　　　）

　決定のあった日常生活用具の給付について変更（取消し）したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 給付番号 | 第　　　　　号 | 給付決定日 | 年　　月　　日　 |
| 給付対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 年　月　日生(　　歳) |
| 変更（取消）理由 |  |

〇決定事項

|  |  |
| --- | --- |
| 給付する用具の名称及び形式、規模等 |  |
| 納入業者 | 住所 |  |
| 業者名 |  |
| 価格 | 円　 | 公費負担額 | 円　 |
| 給付を受ける者又は扶養義務者が支払うべき額 | 円　 |

〇変更事項

|  |  |
| --- | --- |
| 給付を受けたい用具の名称 |  |
| 希望する形式、規模等 |  |