

様式第1号（第5条関係）

佐賀県命の72時間事業給付申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話番号
対象者との続柄

佐賀県命の72時間事業による用具の給付を受けたいので、以下のとおり申請します。なお、給付申請にあたり、県が必要と認めるものについて市町等へ照会すること、及び給付決定後に県が給付内容等を市町へ情報提供することに同意します。

対象者	住所	
	氏名 <small>ふりがな</small>	
	生年月日	年 月 日
購入する用具名		
用具購入見積額		円
給付申請額		円
今年度受けた当該事業による給付の有無		有 ・ 無
災害時等の生命維持のため、非常用電源を必要とする理由		

※本申請書とあわせて以下の書類を提出してください。

- (1) 対象者が県内に居住していることが確認できる書類（住民票の写し等）
- (2) 用具取扱業者が作成した見積書
- (3) 用具の概要を明らかにする書類（仕様書等）
- (4) 在宅で、生命維持のため人工呼吸器を使用していることが確認できる書類（訪問看護指示書の写し、指定難病・小児慢性の受給者証の写し等）