

日常生活用具給付申請書

申請日

年

月

日

小城市長

様

(申請者)

住 所

氏 名

個人番号

対象者との続柄

電 話

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。

日常生活用具給付申請の決定に必要な住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

世帯員	氏名	氏名
	(個人番号)	(個人番号)
員	氏名	氏名
	(個人番号)	(個人番号)

※世帯員については、個人番号による情報連携が必要な場合に自署してください。

対象者	住 所					
	フリガナ氏名	(個人番号)				
	生 年 月 日	性 別	電 話			
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第	号	交 付 年 月 日		
	障害種別	種		障 害 等 級	級	
給 付 を 受 け る 日 常 生 活 用 具 名						
給付を希望する理由						
希望する 業 者	名 称					
	所 在 地					
	電 話		F A X			
該当する所得区分		生活保護 ・ (低所得1・低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上				
生活保護への移行予防措置に関する認定		☒ 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。				
現在の住まいの状況	居 住	1 自宅 2 借家(貸主の諾否) 3 入院 4 施設	浴 槽	1 和 式 2 洋 式 3 な し	便 器	1 和 式 2 洋 式 3 携帯用
	入 浴	1 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともしていない 4 自分でできる	排 便	1 他人の介助を必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる	移 動	1 車いす使用 2 他人の介助を必要 (一部・全部) 3 自分でできる
給 付 上 特 に 希 望 す る 事 項						
備 考						