様式第1号(第4条関係)

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  (個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　) | 氏  名  (個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　) | | 氏  名  (個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　) | 氏  名  (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 |  | | | | | | | FAX | | |  | | | | |
| 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 |
| 現在の介護の状況 | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |