

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		
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										