

日常生活用具給付申請書

申請日： 年 月 日

(あて先) 小都市福祉事務所長 殿

(申請者)

住所：

氏名：



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。

日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、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。

対象者	住所	〒 -					
	フリガナ氏名		性別	男			
	生年月日	年 月 日生 (歳)		電話			
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日			
	障害種別			障害等級			
障害名							
療育手帳	手帳番号	第 号	交付年月日				
	判定		次回判定				
精神障害者保健福祉手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日			
	等級		有効期限	年 月 日			
給付を受ける日常生活用具名							
希望する日常生活用具業者	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					
現在の住まいの状況		住宅	1 2 自宅 借家 (貸主の諾否)	浴槽	1 2 3 和式 洋式 なし	便器	1 2 3 和式 洋式 携帯用
現在の介護の状況	入浴	1 2 3 他人の介助を必要とする	排便	1 2 3 他人の介助を必要とする	移動	1 2 3 他人の介助を必要とする	
		4 自分でできる		4 自分でできる		4 自分でできる	
備考							