

日常生活用具給付申請書

年 月 日

三股町長 あて

(申請者)

住所

氏名

㊞

個人番号

対象者(児)との続柄 ()

電話番号 ()

下記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

対象者 (児)	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号					年 月 日
	住所	〒				
身体障害者手帳番号		県 第 号	障害の内容 (等級)		(級)	
療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号				
世帯の状況等	氏名	続柄	生年月日	職業	備考 (対象者に対する介護の状況等)	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
給付を希望する理由						
現在の住まいの状況		住宅	1 自宅 2 貸家(貸主の諾否)		便器	1 和式 2 洋式 3 携帯用
現在の介護の状況について	食事	1 他人の全介助が必要 2 一部介助が必要 3 自分でできる				
	排便	1 他人の全介助が必要 2 便器(携帯用)を使用 3 自分でできる				
	移動	1 車いすを使用 2 他人の介助が必要 (一部・全部) 3 自分でできる				
	入浴	1 他人の全介助が必要 2 一部介助が必要 3 清拭のみ 4 自分でできる				
	更衣	1 他人の全介助が必要 2 一部介助が必要 3 自分でできる				
給付を受けたい用具の名称						
希望する形式規模等						
給付上特に希望する事項						
希望する業者	名称					
	所在地					
	電話	()				
備考						

上記に係る決定のため、必要があるときは、対象者(児)及びその世帯員の所得及び課税の状況等について調査及び照会、閲覧することを承諾します。

年 月 日

申請者氏名

㊞