日常生活用具給付申請書

　　　年　　　月　　　日

　伊達市福祉事務所長

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

（利用対象者との続柄：　　　　　）

　日常生活用具の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

また、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に関する事業の利用申請に係る利用者負担額算定に関し、利用者の属する世帯の収入状況、資産状況並びに課税状況、住民基本台帳、生活保護受給状況について調査することに同意いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付対象者 | 住所 | 伊達市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | 男・女 | | | | | | | 大正・昭和・平成・令和  年　　 月　　 日生（ 歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |
| 身体障害者手帳番号・等級 | | | | | | 第　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 級 | | | | | | | |
| 障害名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療育手帳番号・程度 | | | | | | 第　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ａ・Ｂ | | | | | | | |
| 精神保健福祉手帳番号・等級 | | | | | | 第　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 級 | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | 続柄 | | |
|  | | | | |  | |  |  | | |  |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | | 年 　月 　日 | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | |  |  | | |  |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | |  |  | | |  |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | |  |  | | |  |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  |  | | |  | | | | | | | |  | | |
| 住居の状況 | | | 住宅 | １　自宅  ２　借家 | | | | | | | 浴槽 | | | | １　和式  ２　洋式  ３　なし | | | | | | | | | | | | | | | 便器 | | | １　和式  ２　洋式  ３　携帯用 | | | | | |
| 介護の状況 | 入浴 | １　他人の介助を必要　　　　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付を希望する理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | 希望業者名（ 　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |