様式第1号（第5条関係）

日常生活用具給付申請書

　 　年　　月　　日

　　燕市長　様

申請者（対象者が児童の場合は保護者）

住所

　　　氏名

　 次により日常生活用具の給付を申請します。

　 日常生活用具の給付申請の決定のため、私（申請者）及び生計を同一とする者の住民登録資料、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 | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | 生年月日 | | | | 年　 月　 日生(　 歳) | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | | | | | 第　　　　　号　　　　　　　　年　　月　　日交付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 障害等級 | | | | 級 | | | | | |
| 介護認定の有無 | | | | | | 有 〔　要支援（　　　） ・　要介護（　　　） 〕 ・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関への入院  ・施設入所の有無 | | | | | | 有 〔 退院・退所予定日（　 　年 　月　　日）〕 ・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 対象者との続柄 | | | | 生年月日 | | | 職業 |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | ・　・ | | |  |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | ・　・ | | |  |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | ・　・ | | |  |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | ・　・ | | |  |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | ・　・ | | |  |
|  | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | ・　・ | | |  |
| 給付を希望する理由 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の住まいの状況 | | | | | 住宅 | | | | | | | 1　自宅  2　借家(貸主の諾否) | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | |
| 給付を受けたい用具の名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 希望する型式・規模等 | | | |  | | |
| 給付上、特に希望する事項 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　この申請書には、用具のカタログ等を添付してください。