|  |
| --- |
| 日常生活用具　給付　申請書　　年　　月　　日　　美咲町福祉事務所長　　様申請者住　所　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　　　　　　　　　）　次により日常生活用具の給付を申請します。なお、申請にあたっては公簿等により、私及び私の世帯の課税状況等を確認され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） |
| 住　所 | 電話番号（　　　）　－ |
| 身体障害者手帳番号 | 県第　　　　　号 | 昭和・平成・令和　　年　　　月　　　日交付 |
| 障害名 |  | 障害等級 | 級 |
| 施設入所希望の有無 | 希望する（　　　　　　　施設）　　　　　希望しない |
| 世帯の状況 | 氏　　　名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 職業 | 備考（対象者に対する介護の状況等） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 給付を希望する理由 |  |
| 現在の住いの状況(住宅改修及び関係用品の場合) | 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 | 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及び業者 |  |
| 備考　　　　　　（希望する期間等） |  |

|  |
| --- |
| 利用者負担額免除申請書 |
| 生活保護を受給しているため、利用者負担額の免除を申請します。氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |