|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　㊞ |