様式第１号(第４条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日常生活用具給付申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　岩出市福祉事務所長　様  申請者　住所　　　岩出市  氏　名  個人番号  対象者との続柄  電話番号　　　　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 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の所得区分を決定するため、対象者の世帯の個人番号、住民基本台帳及び所得課税資料の閲覧を承諾します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 | 個人番号 | | | | | | | | | 男・女 | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日　(　　歳) | | | | | | | |
| 住所 | 岩出市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳  療育手帳 | | | | | 番号 | | 第　　　　　号 | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日　交付 | | | | | | |
|
| 障害名難病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 障害等級  (判定) | | | | 級 |
|
| 施設入所希望の有無 | | | | | | 希望する(　　　　　　　　　施設)　　・　　　希望しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員の状況 | 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 現在の住まいの状況 | | | | | | 住宅 | | | 1　自家  2　借家  3　その他 | | | | | 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　他人の介助が必要  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　他人の介助が必要  2　便器(携帯用)使用  3　自分でできる | | | | | | | | 移動 | | | 1　車いす使用  2　他人の介助が必要  　　(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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|