

日常生活用具給付申請書

申請日： 年 月 日

日田市福祉事務所長 様

(申請者)

住所：

氏名：

個人番号：

対象者との続柄 ()

電話：

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。

対 象 者	住 所				
	フリガナ 氏 名				
	生年月日		電 話		
	個人番号				
	身 体 障 害 者 手 帳	手帳番号	交付年月日		
		障害種別	障害等級		
		障害名			
	療 育 手 帳	手帳番号	交付年月日		
		障害種別	知的障害	障害等級	
	給付を受ける 日常生活用具				
希 望 する 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話	F A X			
調 査 等 の 承 諾		日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、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。			
該 当 する 世 帯 階 層 区 分		A, B, C1, C2, D ()			
住 環 境 及 び 介 護 の 状 況 (住環境や介 護状況に左右 されない用具 の場合は記入 不要)	住 宅	1. 自宅 2. 借家 (家主の承諾：有・無)			
	浴 槽	1. 和式 2. 様式 3. 無し			
	便 器	1. 和式 2. 様式 3. 無し			
	入 浴	1. 要介助 2. 自立 3. 清拭のみ 4. 入浴・清拭ともしていない			
	排 泄	1. 要介助 2. 自立 3. 便器 (ポータルトイレ) 使用			
	移 動	1. 要介助 (全部・一部) 2. 自立 3. (車いす、歩行器、歩行補助つえ) 使用			