

様式第 1 号（第 4 条関係）

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------|--|----|-----|--|------------|--------------|--|--|--|
| 日常生活用具給付申請書 | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| (あて先) かすみがうら市長 | | | | | | | | | | |
| 申請者 住所 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| 対象者との続柄 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 () | | | | | | | | | | |
| 次により日常生活用具給付を申請します。 | | | | | | | | | | |
| なお、日常生活用具給付申請の決定することに当たり、私の世帯の住民登録、税その他必要な情報について、各関係機関において調査、照会及び閲覧することを承諾します。 | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | |
| | 身体障害者手帳・療育手帳 | | 番号 | 第 号 | | 年 月 日交付 | | | | |
| | 障害名 又は 疾患名 | | | | | | 障害等級 (判定) | | | |
| | 症状 (難病者のみ記入) | | | | | | | | | |
| 給付を受けたい用具 の名称 | | | | | | 希望する型式、規模等 | | | | |
| 給付を希望する理由 | | | | | | | | | | |
| 希望する委託業者 | | 名称 | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | |
| | | 電話 | | | | | | | | |
| 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 主たる介護者 () | 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)を使用 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・部分) 3 自分でできる | | |
| 該当する所得区分 | | 生活保護 ・ 市町村民税非課税 ・ 一般 | | | | | | | | |