

日常生活用具給付等申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 羽島市社会福祉事務所長

(申請者) 住所 氏名 氏名 電話 () 対象者との続柄 ()

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。
 なお、日常生活用具の給付申請決定のため、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。
 また、日常生活用具事業者に対し支給決定の有無について通知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								
	施設入所希望の有無	希望する・希望しない	性別	男・女	電話	() —			
	障害者手帳	種別	身体・療育・精神		手帳番号	号			
		障害等級			交付年月日	年 月 日			
難病名									
世帯の状況	氏名		対象者との続柄	生年月日	職業	備考			
納付を希望する理由									
現在の状況	住居	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	
	入浴	1 他人の介護が必要 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 他人の介護が必要 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					希望する形式、規模等				
希望する業者									
該当する所得区分		生活介護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上							
世帯範囲の特例に関する認定		<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみを世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。							
生活保護への移行予防措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。							
備考									

(注意) この申請書には、対象者の世帯の前年分市町村民税の課税額を証明する書類等を添付すること。(生活保護を受けている人の場合はその旨の福祉事務所の証明書)