様式第1号(第5条関係)

日常生活用具給付申請書

　　年　　月　　日

　　吉見町長　　　　様

(申請者)

住所

氏名

(給付対象者との続柄)

電話

　下記のとおり、日常生活用具給付を申請します。

　日常生活用具給付決定のため、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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日生(　　歳) | | | | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳 | | | | 号 | | | | | | | | | | | 年　　月　　日交付 | | | | | | | |
| 障害名 | | |  | | | | | | | | | | | | 障害等級 | | |  | | | | |
| 疾病名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |