

様式第1号(第6条関係)

障害者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

阿見町長 様

申請者

住 所

氏 名

電 話

(対象者との続柄)

次のとおり、障害者等日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏 名			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所					電 話	
	手帳番号・ 等 級		第 号 級 年 月 日 交付				
	障 害 名 ・ 疾 病 名						
現在の 住まい の状況	住 宅	1 自宅 2 借家(貸主の承諾)	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		
希望する委託業者		名 称					
		所 在 地					
		電 話					
給付を希望する理由							
給付上特に希望する事項							
該当する所得区分		生活保護 ・ 市町村民税非課税 ・ 市町村民税課税					

<同意>

自己負担額の算出のため、世帯の住民票、市町村民税の課税状況について、関係諸帳簿を閲覧することに同意します。なお、対象者本人及び世帯の全員の同意を得ていてることに相違ありません。

申請者氏名