様式第１号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日常生活用具給付申請書**  　　年　　月　　日  三股町長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者(児)との続柄　（　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）  　下記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者（児） | | 氏　名 | | |  | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | 生年  月日 | | | 年　　月　　日 |
| 住　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者  手帳番号 | | | | | 県　　　第　　　　号 | | | | | | | | | 障害の内容  （等級） | | | | | | （　 級） | |
| 療育手帳番号 | | | | |  | | | | | | | | | 精神障害者保健  福祉手帳番号 | | | | | |  | |
| 世帯の状況等 | 氏名 | | | | | | | 続柄 | | | | 生年月日 | | | 職業 | | 備考（対象者に対する介護の状況等） | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | 年　月　日 | | |  | |  | | | | |
| 給付を希望する理由 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の住まいの状況 | | | | | | | | | 住宅 | | 1 自宅　2 貸家（貸主の諾否） | | | | | | | | 便器 | | 1 和式　2 洋式　3 携帯用 |
| 現在の介護の状況について | | | 入浴 | | | 1 他人の介助が必要　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 他人の介助が必要　2 便器(携帯用)を使用　3 自分でできる | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動 | | | 1 車いすを使用　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 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 給付上特に希望する事項 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 希望する業者 | | | | 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 電　話 | | | （　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　上記に係る決定のため、必要があるときは、対象者（児）及びその世帯員の所得及び課税の状況等について調査及び照会、閲覧することを承諾します。

年　　月　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞