

柏崎市社会福祉事務所 様

(申請者)

住 所

氏 名 ㊦

個人番号

対象者との続柄

電 話

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承認します。

対象者	氏名	(個人番号)		生年月日	年 月 日生(歳)	
	住所					
	身体障害者手帳	第 号		年 月 日交付		
	障害名			障害等級	級	
	施設入所希望の有無	希望する (施設)		希望しない		
疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)					
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 なし
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		便器	1 他人の介助を必要 2 便器(携帯用)使用 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			
給付を行う業者名						
給付上特に希望する事項						
備 考						