

日常生活用具給付申請書

年 月 日

阿賀野市福祉事務所長 様

申請者
住所 阿賀野市
氏名
電話番号

申請する方の住所・氏名・電話番号を記入してください。

対象者の氏名、生年月日等を(対象者との続柄)記入してください。

次により日常生活用具の給付を申請します。なお、費用負担に係る状況については、貴所にて調査することを承諾いたします。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)
	住所	阿賀野市		お持ちの身体障害者手帳の番号や障害名を記入してください。	
	個人番号				
	身体障害者手帳番号		号	年 月 日交付	
	障害名			障害等級	
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	個人番号
給付を希望する理由					
現在の生活の状況	住宅	入浴	排尿・排便	移動	
	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)	1 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともしてない 4 自分でできる	1 他人の介助が必要 2 尿器、便器使用 3 紙おむつ・パンツ 4 ストマ 5 自分でできる	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			
給付上特に希望する事項					
備考					

18歳以上の方は本人および配偶者、18歳未満の方は本人を含めた世帯員全員の氏名等を記入してください。

マイナンバーカードまたは通知カードに記載されている個人番号を記入してください。

当てはまる数字に○を付けてください。

(注)

- この申請書には、見積書を添付すること。