様式第１号（第４条関係）

日常生活用具給付事業申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

美浜町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（給付対象者との続柄：　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　－　　　　－

次により日常生活用具を申請します。

　なお、給付の決定に当たり対象者の扶養義務者の課税額について調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | 男・女 | 生年月日 | （歳） |
| 住　所 |  |
| 疾病名 |  |
| 世帯の状況 | 氏　　名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 職業 | 対象者に対する介護の状況 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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（借主の諾否） | 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他人の介助が必要２清拭のみ３入浴、清拭ともしていない４自分ですることができる | 排便 | １他人の介助が必要２便器（携帯用）使用３自分ですることができる | 移動 | １車椅子使用２他人の介助が必要（一部・全部）３自分ですることができる |
| 給付（貸与）を受けたい用具の名称 |  | 希望する型式、規模等 |  |
| 給付（貸与）上特に希望する事項 |  |
| 備　　考 |  |

（注）１　小児慢性特定疾病医療受給者証の写しを添付すること。

　　　２　申請者氏名については、自署または記名押印すること。