

日常生活用具給付申請書

年 月 日

糸魚川市福祉事務所長 様

糸魚川市地域生活支援事業実施要綱第18条の規定により下記のとおり申請します。  
 なお、支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することを承認します。

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地			電話番号	( )
フリガナ			生年月日	年 月 日	
支給申請に係る児童氏名			続柄		
手帳情報 障害者	身体・療育・精神	糸魚川市・西頸城郡・( ) 第 号			
	障害等級	障害種別	・膀胱・直腸機能障害 ・上記以外 ( )		
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般				
申請の 世帯の 状況 (排泄管理 支援用具 の場合省略可)	氏名	続柄	生年月日	職業	備考(対象者に対する介護の状況)
			・		
			・		
			・		
			・		
給付を希望する用具の種類	ストーマ器具 紙おむつ等	( 月分)			
	上記以外	給付(貸与)を受けたい用具の名称・型番等			
納入業者名					
給付(貸与)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	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。	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。	
備考					

以下、申請者と申請書提出者が異なる場合に記入ください。

提出申請者書	フリガナ		申請者との関係	
	氏名			
	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	
通知書等送付先	<input type="checkbox"/> 申請書提出者 (申請者以外を希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。)			

申請者欄及び申請書提出者欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。