

日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 伊勢市厚生福祉事務所長

(申請者)

住所

氏 名

(対象者との続柄)

電話

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具給付決定のため、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、閲覧することを承諾します。

対象者	氏 名				男・女	生年月日	年 月 日生（ 歳）				
	住 所	〒									
	身体障害者手帳 療 育 手 帳	第 号 第 号			年 月 日 交付 年 月 日 交付						
	障 害 名	肢体不自由 視覚障害 聴覚障害 内部障害 その他（ ）				障害等級	種 級				
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） （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 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 自分でできる		移 動	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					
業 者 名		TEL FAX									
給付上特に希望する事項											
該当する所得区分		生活保護 ・ （ 低所得 1 ・ 低所得 2 ） ・ 一般 ・ 一定所得以上									
世帯範囲の特例に関する認定		☐ 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。									
備 考		本人以外の連絡先									
		申請書を持参した人									
		その他									