

日常生活用具給付申請書

年 月 日

坂井市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

(対象者との続柄)

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

負担額の決定にあたり、住民登録資料、課税状況等を確認することに同意します。

対 象 者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	坂井市		電話	
	身体障害者手帳番号	第 号			
	身体障害者種別 (該当に○ををする)	視覚・聴覚・肢体（上肢・体幹・ 下肢）・呼吸器・音声言語・ 腎臓・膀胱・直腸・心臓		障害等級	1 2 3 4 5 6
	療育手帳番号	第 号		障害程度	A1 A2
	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すること)			
給付を希望する 用具の名称					
用具を購入する 業者名					
給付券等の送付先	<input type="checkbox"/> 対象者住所のとおり <input type="checkbox"/> 申請者住所のとおり <input type="checkbox"/> その他 〒 住所 宛名 (対象者との続柄)				
給付後の生活状況	入浴・排便排尿・移動・その他 () 1 自分でできるようになる 2 一部介助でできるようになる 3 給付しても全介助				
給付が適当な理由					
該当する所得区分	1 生活保護	2 低所得	3 一般	4 一定所得以上	
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行防止措置を希望します。				
備考	以前給付を受けた場合				