

日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

長岡市長 様

申請者 住 所

(18歳未満の場合  
は保護者)

氏 名

個人番号

(対象者との続柄)

電 話 (FAX)

下記より日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録情報、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	申請者と同じ		生年月日		
	住 所	申請者と同じ				
	身体障害者手帳番号					
	障害名		障害等級	<small>上肢 級 下肢 級 体幹 級</small>	級	
	施設入所希望の有無	希望する ( 施設 ) ・ 希望しない				
世 帯 の 状 況	氏 名	続柄	生年月日	職業	個人番号 (配偶者のみ記入)	備考(対象者に対する介護の状況等)
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)	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	移 動	1 車いす使用 2 他人の介助を必要 (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			
希 望 する 業 者	名称					
	所在地					
	電話			FAX		
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	<input type="checkbox"/> 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ていない。 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。					
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。					
備 考						

※私は日常生活用具費の給付決定がされた場合に、長岡市長が、申請者に代わり希望する業者に決定内容を通知することに同意します。