

様式第1号(第4条関係)

重度心身障害者(児)日常生活用具費給付申請書

〇〇年 〇月 〇日

加東市福祉事務所長 様

住所 加東市社50番地  
申請者 氏名 加東 花子  
電話 0795-〇〇-〇〇〇〇 続柄 本人

下記により日常生活用具費の給付申請をいたします。

日常生活用具費の給付申請の決定のために、私の世帯住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者(児)	氏名	加東 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	〇〇年 〇月 〇日 (〇歳)								
	住所	加東市 社50番地	個人番号										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
	身体障害者手帳療育手帳	兵庫県 第 1234567 号			〇〇年 〇月 〇日 交付								
障害名	〇〇機能障害			等級判定	1 種 1 級 判定								
給付を受けたい用具の名称	ストマ用装具 〇月~〇月 (〇ヶ月分)												
用具を希望する理由	日常生活に必要なため												
希望業者名	株式会社〇〇												
現在の住まいの状況	住宅	<input checked="" type="radio"/> 1 自宅 2 借家(貸主の諾否)		浴槽	<input checked="" type="radio"/> 1 和式 <input checked="" type="radio"/> 2 洋式 3 なし		便器	<input checked="" type="radio"/> 1 和式 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 4 自分でできる			排泄	1 他人の介助を必要 2 便器(携帯用)必要 <input checked="" type="radio"/> 3 自分でできる							
備考													