

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

令和〇〇年〇月〇日

加東市福祉事務所長 様

住所 加東市社50

申請者 氏名 加東 太郎

電話0795-42-xxxx 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 太郎	男・女	生年月日	昭和〇年〇月〇日 (〇歳)									
	住所	加東市 社50	個人番号											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	身体障害者手帳療育手帳	兵庫県第 1111号			平成〇年〇月〇日 交付									
障害名	両下肢機能の全廃			等級判定	1種 1級 判定									
給付を受けたい用具の名称	特殊マット													
用具を希望する理由	褥瘡の防止													
希望業者名	株式会社かとう													
現在の住まいの状況	住宅	① 自宅		浴槽	② 和洋式		便器	② 和洋式						
		2 借家(貸主の諾否)			3 なし			3 携帯用						
現在の介護の状況	入浴	1 他人の介助が必要			排泄	1 他人の介助を必要								
		2 清拭のみ				2 便器(携帯用) 必要								
		3 入浴清拭ともしていない			3 自分でできる									
		④ 自分でできる												
備考														