

日常生活用具給付申請書

年 月 日

大府市社会福祉事務所長 殿

申請者(満18歳未満の者については保護者)

住所

氏名

対象者との続柄()

電話番号() -

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

対 象 者	※申請者と対象者が同じ場合、太枠内の住所・氏名・電話番号の記入は不要です。					
	住所	大府市 町 電話番号() -				
	ふりがな	生 年 月 日				
	氏 名	年 月 日生 歳				
	障害者手帳番号	愛知県 第 号 年 月 日交付				
	障がい名 疾病名	種 級 / 判定				
給付を受けたい 用具の名称		業 者 名				
給付を希望する理由						
住いの状況						
介 護 の 状 況	住宅	自宅・借家	浴槽	和式・洋式	便器	和式・洋式・携帯用
	特殊マット・特殊尿器		常時介護を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	入浴担架・入浴補助用具		入浴時に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	体位変換器		下着交換等に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	移動・移乗支援用具		家庭内の移動に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	透析液加温器		自己連続携行式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない			
	酸素ボンベ運搬車、動脈 血中酸素飽和度測定器		人工呼吸器を常時 <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない 在宅酸素療法を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない			
	自家発電機、外部バッテ リー		人工呼吸器、電気式たん吸引器又はネブライザーを 常時 <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない			
	点字タイプライター		<input type="checkbox"/> 就労している(見込み含む。) <input type="checkbox"/> 就学している			
視覚障がい者用時計(音 声時計)		手指の触覚に障がいがある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
備 考						

(注意) この申請をされる方で、申請する年の1月1日時点で大府市に住民票のない方は、前住所地の市町村が発行する対象者及び同一世帯に属する者の「前年度分の市町村民税の課税額を証明する書類」を添付すること。

調 査 書

※太枠内のみ記入してください。

世帯員 の 状 況	氏 名	続 柄	市民税課税の有無		前年分の収入額	備 考
			所得割	円	円	世 帯 主 最 多 収 入 者
			均等割	円		
			所得割	円		
			均等割	円		
			所得割	円		
			均等割	円		
			所得割	円		
		均等割	円			
該当する 世帯区分	1. 生活保護世帯 (月額上限0円)			2. 市民税非課税世帯 (月額上限0円)		
	3. 一般世帯 (月額上限37,200円)			4. 一定所得以上 (対象外)		
見積金額	円	自己負担額	円	月額上限額	円	
同月内申請に係る決定済自己負担額	円	今回決定自己負担額	円			
上記のとおり確認しました。						
年 月 日			調査者			