

尾花沢市日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

尾花沢市福祉事務所長 殿

居住地 尾花沢市

申請者 氏 名 (印)

対象者との続柄()

電話番号 ()

尾花沢市障害者地域生活支援事業実施規則第20条第1項の規定により、下記のとおり申請します。
日常生活用具給付の決定のため、私の世帯の住民登録資料、課税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。

記

対象者	氏 名			生年月日	(歳)	
	住 所					
	障 害 者 手 帳	山形県第 号			交付	
	障 害 名	機能障害		障害等級	種 級	
	疾 病 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のこと。)				
世帯状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	備考 (対象者に対する介護の状況等)		

現在の住まいの状況	住宅	1 自家		浴槽	1 和式	
		2 借家(一戸建て)			2 洋式	
		3 借家(アパート)			3 携帯式	
現在の介護の状況	入浴	1 介助必要		排便	1 介助必要	
		2 清拭のみ			2 携帯式使用	
		3 入浴、清拭ともしていない			3 自分でできる	
		4 自力でできる				
給付を希望する理由	上記障害により日常的に使用するため					
給付を受けたい用具の名称			希望する形式規模等			
給付上、特に希望する事項						
備 考	納入業者名					

注 1 この申請書には、次の書類を添付すること。

- (1) 身体障害者手帳、療育手帳の写し
- (2) 給付を希望する用具の見積書