

日常生活用具給付申請書

|                                                                 |       |                                                 |                 |          |
|-----------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------|-----------------|----------|
| 申請日 令和 年 月 日                                                    |       |                                                 |                 |          |
| 宇部市福祉事務所長 様                                                     |       |                                                 |                 |          |
| (申請者)                                                           |       |                                                 |                 |          |
| 住 所                                                             |       |                                                 |                 |          |
| 氏 名                                                             |       |                                                 |                 |          |
| 個人番号                                                            |       |                                                 |                 |          |
| T E L                                                           |       |                                                 |                 |          |
| 給付対象者との続柄                                                       |       |                                                 |                 |          |
| 下記により日常生活用具給付を申請します。                                            |       |                                                 |                 |          |
| 日常生活用具給付決定のため、私の世帯の住民記録資料、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<br>象<br>者                                                     | 氏 名   |                                                 | 生年月日            | (歳)      |
|                                                                 | 住 所   |                                                 |                 |          |
|                                                                 | 障害者手帳 |                                                 |                 | 年 月 日 交付 |
|                                                                 | 障 害 名 |                                                 | 障害等級            |          |
|                                                                 | 疾患名   | (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) |                 |          |
| 給付を受けたい<br>用具の名称                                                |       |                                                 | 給付上特に<br>希望する事項 |          |
| 給付(貸与)を希望する理由<br>※できるだけ詳しく記入してください                              |       |                                                 |                 |          |
| 納入業者の名称・所在地・連絡先                                                 |       |                                                 |                 |          |
| 現在の住まいの状況                                                       |       |                                                 |                 |          |
| 現在の介護の状況<br>(排便・移動等)                                            |       |                                                 |                 |          |
| 備 考                                                             |       |                                                 |                 |          |

|                    |                                                      |
|--------------------|------------------------------------------------------|
| 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。 |
|--------------------|------------------------------------------------------|

受付職員記入欄

| 該当所得区分                           | 生活保護 ・ 低所得 1 ・ 低所得 2 ・ 一般 ・ 一定所得以上 |                                    |                            |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| ・介護保険<br>受給 非該当 無関係<br>・自宅 入所 入院 | ・新規<br>・以前給付あり<br>( 年 月 日)         | ・同一月申請<br>有 無<br>・同一月同一世帯申請<br>有 無 | ・3歳以上<br>・学齢児<br>・者(18歳以上) | ・見積連絡済<br>( / )<br>・給付券発送<br>( / ) |