|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日常生活用具給付申請書**  年　　月　　日  （あて先）　松　江　市　長  【申請者】（対象者が18歳未満の場合は保護者）  住　所　松江市  氏　名  対象者との続柄（　　　　　）  TEL（　　　　　）　　　　－  下記により日常生活用具の給付を申請します。  日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、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　象　者 | ふりがな |  | | | | 男・女 | | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 氏　　名 | 個人番号　　　　－　　　　－ | | | |
| 住　　所 | 松江市 | | | | | | | | | |
| 手帳番号 | 第　　　　　号 | | | | 年　　　　月　　　　日交付  （再交付　　　　年　　　　月　　　日） | | | | | |
| 障害名 |  | | | | 障害等級 | | 身体（　　　）級　／療育（Ａ・Ｂ） | | | |
| 施設入所（希望）の有無 | | | | 有（施設名　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | |
| 給付を受けたい  用 具 の 名 称 | | |  | | | | 型式等 | |  | | |
| 給付を希望する理由 | | |  | | | | | | | | |
| 業者名 | | |  | | | | | | | | |
| 現在の住まいの  状　況 | | | 住宅 | １．自宅  ２．借家  （貸主の諾否） | | 浴槽 | | １．和式  ２．洋式  ３．なし | | 便器 | １．和式  ２．洋式  ３．携帯用 |
| 現在の介護の状況 | | | 入浴 | １．介助が必要  ２．清拭のみ  ３．入浴清拭ともしない  ４．自分でできる | | 排便  排尿 | | １．介助が必要  ２．携帯用便器等  を使用  ３．自分でできる | | 歩行  移動 | １．介助が必要  ２．自分でできる |
| 世帯の状況 | | | □障害者のみの世帯　　　□障害者以外の者と同居世帯　　　□障害者のみの世帯に準ずる世帯 | | | | | | | | |
| 世帯の所得区分 | | | □生活保護　　□低所得１（非課税世帯で、本人の年収入が80万円以下）  □低所得２（非課税世帯で、本人の年収入が80万円を超える）　　□一般（課税世帯） | | | | | | | | |
| 過去の受給状況 | | | 決定年月 | | | 給付内容 | | | | | |
| 年　　月 | | |  | | | | | |
| 年　　月 | | |  | | | | | |
| 現在受給中の  福祉サービス | | | 決定年月 | | | 給付内容 | | | | | |
| 年　　月 | | |  | | | | | |
| 年　　月 | | |  | | | | | |
| 給付上特に希望する事項 | | |  | | | | | | | | |
| 備　　考 | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日常生活用具給付申請書（新規・再交付）**  年　　　月　　　日  （あて先）　松　江　市　長  【申請者】（対象者が18歳未満の場合は保護者）  住　所　松江市  氏　名  対象者との続柄（　　　　　）  TEL（　　　　　）　　　　－  以下により日常生活用具の給付を申請します。  なお、日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査・照会・閲覧することに承諾します。 | | | | | | | | | | | |
| 対　象　者  世帯の状況  ※⒙歳以上は本人と配偶者のみ |  | 個人番号　　　　　－　　　　－ | | | | | 年　　　月　　　日生（　　　歳） | | | | |
| 住　所 | 松江市 | | | | | | | | | |
| 手帳番号 | 第　　　　　号 | | | | | 年　　　　月　　　　日交付  　　　　　　年　　　　月　　　　日再交付 | | | | |
| 障害名 |  | | | | | 障害等級 | | 身体（　　　　）級　／療育（Ａ・Ｂ） | | |
| 施設入所（希望）の有無 | | | | 有（施設名　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | |
|  | 氏　名 | | | 対象者  との続柄 | 生年月日 | | 同居・別居の別 | | | 世帯主  に○ | 備考（介護の状況等） |
|  | | | 本　人 |  | |  | | |  |  |
|  | | | 配偶者 | * ・ | | □同居　□別居 | | |  |  |
|  | | | 父 | * ・ | | □同居　□別居 | | |  |  |
|  | | | 母 | ・　　・ | | □同居　□別居 | | |  |  |
|  | | |  | ・　　・ | | □同居　□別居 | | |  |  |
| 給付を受けたい  用 具 の 名 称 | | | ※どちらかを○で囲む  ストマ用装具・紙おむつ | | | | 希望する型式・規模等 | | ※ストマ用装具の場合のみ○で囲む  蓄便袋 ・ 蓄尿袋 ・ 蓄便蓄尿袋 | | |
| 業　　者　　名 | | | |  | | | | | | | |
| 過去に給付を受けた  時期及び用具の名称 | | | | 給付決定年月日 | | | | 用　具　名 | | | |
| 年　　月　　日 | | | |  | | | |
| 生活保護受給の有無 | | | | 有　・　無 | | 給付上、特に  希望する事項 | |  | | | |

ストマ・紙おむつ用