

様式第 1 号（第 3 条関係）

日常生活用具等給付申請書											
名張市社会福祉事務所長 宛て					年 月 日						
					(申請者)						
					住 所						
					氏 名						
					(対象者との続柄)						
					電 話						
下記のとおり日常生活用具等の費用の給付を申請します。 なお、日常生活用具等の費用の給付の決定のため、私の世帯の住民記録及び税に関する資料その他必要な資料について、照会し、閲覧し、及び関係機関に調査することを承諾します。											
対象者	氏 名					生年月日		年 月 日			
	住 所		〒								
	身体障害者手帳 療 育 手 帳					年 月 日交付		年 月 日交付			
	障 害 名					障害等級					
給付を希望する理由											
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 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともし ていない 4 自分でできる		排 便	1 他人の介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる		移 動	1 車いす使用 2 他人の介助が必要 (一部、全部) 3 自分でできる	
給付を受けた い用具の名称						希望する形式 規模等					
業 者 名											
給付上特に 希望する事項											
該当する 所得区分		生活保護 ・ (低所得 1 ・ 低所得 2) ・ 一般 ・ 一定所得以上									
世帯範囲の 特例に関する 認定		☐ 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。									
備 考											

- ・難病患者等である場合又は頭部保護帽（てんかんの発作等により頻繁に転倒する精神障害者に限ります。）、透析液加温器（身体障害者手帳の記載から透析療法を行っていることを確認することができない場合に限ります。）、ネブライザー（吸入器）・電気式たん吸引器・動脈血中酸素飽和度測定器（呼吸器機能障害３級以上と同程度であることを確認する必要がある場合に限ります。）、酸素ボンベ運搬車、携帯用会話補助装置（肢体不自由な者であって、発声・発語に著しい障害を有することを確認する必要がある場合に限ります。）、聴覚障害者用通信装置、ファクシミリ若しくは人工喉頭（身体障害者手帳の記載から喉頭を摘出していることを確認することができない場合に限ります。）に係る給付の申請の場合は、日常生活用具給付意見書（別紙１）を添付してください。
- ・紙おむつに係る給付の申請の場合は、日常生活用具給付意見書（紙おむつ用）（別紙２）を添付してください。