

第1号様式（第3条関係）

日常生活用具給付申請書

年 月 日

知多市福祉事務所長 様

申請者 住 所

氏 名
対象者との続柄
電話番号

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

なお、対象者又は扶養する者が支払うべき額の決定に必要な税関係書類の閲覧を知多市福祉事務所に委任します。

対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	居 住 地	〒 ー 電話番号				
手帳	手帳番号			交付	年 月 日	
	障害名	(種 級) (判定)				
給付を受けたい用具の名称				希望する型式・規模等		
給付上特に希望する事項						
希望する業者						
給 付 を希望する理由						
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				
生活保護への移行予防措置に関する認定		☐ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。				
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 自分で行える。	排便	1 他人の介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分で行える。	移動	1 車いす使用 2 他人の介助が必要 3 自分で行える。
備 考						