様式第1号(第3条関係)

日常生活用具給付申請書

年　　　　月　　　　日

　川南町長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

個人番号

　　　　　　　　　　TEL

(対象者との続柄)

　　下記により、日常生活用具の給付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日(　　 歳) |
| 住所 | 　 | 個人番号 |  |
| 手帳の交付状況 | 身体・療育・難病 | 宮崎県 第　　　　　　号 | 年　 　月 　　日交付 |
| 障害名 |  | 障害等級 | 　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) |
| 給付を希望する理由 | 　 |
| 現在の住居の状況 | 住宅 | １　自宅２　借家(家主の諾否) | 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　他人の介助を必要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　他人の介助を必要２　便器(携帯用)必要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 | 　 |
| 給付上特に希望する事項 | 　 |
| 備　　　　　　　　　　考 |  |

同　　意　　書

本申請（日常生活用具給付事業）支給決定、負担額決定等に際し

必要があるときは、私及び私の世帯員に係る所得及び課税の状況に

ついて実施機関が官公署に調査を委託し、または地方税法に基づく

町県民税の課税台帳、固定資産税の課税台帳により確認されること

及び生活保護受給状況、年金受給状況、健康保険情報を関係機関に

確認されることについて同意します。

川　南　町　長　　殿

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞