

大町町日常生活用具費給付申請書

年 月 日

大町町長 様

申請者

住 所

氏 名

印

対象者との続柄()

大町町障害者等日常生活用具費の給付事業実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

対象者	氏 名	個人番号：	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所		性 別	男 ・ 女	
	手 帳 番 号	県 第 号	手帳交付日	年 月 日	
	障 害 名		障害等級		
	疾 患 名	<small>(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)</small>			
	施設入所の有無	有 ・ 無			
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	備 考 (対象者に対する介護の状況等)	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
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) 使用 3 自分でできる	移動 1 車いす使用 2 他人の介助を必要 (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	
給付上特に希望する事項					
備考					

同 意 書

貴町が日常生活用具費の給付の支給決定に関して必要があると認めるときは、収入・課税・世帯状況等につき、関係機関に対し必要な文書の閲覧若しくは資料等の提供を求めることに同意します。

年 月 日 住 所
氏 名

印