

様式第 1 号

日常生活用具給付申請書

年 月 日

鳥栖市福祉事務所長 様

申請者 住所
(電話番号)
氏名
(対象者との続柄)

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏 名	個人番号：	男・女	生年月日	年 月 日	
	住 所					
	身体障害者 手帳番号	第 号 年 月 日交付	障 害 名			
	施設入所希望	有 ・ 無		障害等級		級
世帯 の 状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考（対象者に対する介護の状況等）	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
給付を希望する理由			日常生活に必要なため・その他（ ）			
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 洋式 2 その他 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)を使用 3 自分でできる	移 動	1 車いすを使用 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		
給付上特に希望する事項						日付印
備 考	ストマ装具、紙おむつの場合 年 月 ～ 年 月 (カ月分)					
施設入所または入院の有無 有 () ・ 無 生活保護受給 有 ・ 無						
紙おむつの支給に決定にあたり、課税台帳を閲覧することに同意します。 氏 名 ()						

※当月支給対象の申請は、毎月20日が締め切りとなります。