様式第１号（第３条関係）

日常生活用具給付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　天草市福祉事務所長　　　　　　　様

住　　所　　天草市

申請者　氏　　名

（対象者との続柄　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

電　　話

　次のとおり日常生活用具の給付を申請します。なお、決定に当たり、私の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　 所 | | | 天草市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　 名 | | |  | | | | | | | 個人番号 |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳  障　害　名 | | | 手帳番号 | | 第　　　　 　　号 | | | | | | | 障害等級等 | | | | | | | | （級） | | | | | | |
| 障害種別 | | | 身体　視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・肢体不自由（上肢・  下肢・体幹・脳源性運動機能）・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう  ・直腸・小腸・その他  知的・精神 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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すること。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付を希望する内容 | 用具の給付を希望の場合 | | | | | | | | | 住宅改修を伴う用具の給付を希望する場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用具の名称 | | | | □ ストマ装具  □ 紙おむつ等  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　）  （その他の場合は記載すること。） | | | | | 改修工事内容 | | | | | | □ 手すりの取付け  □ 段差の解消  □ 床材の変更  □ 扉の取替え  □ 便器の取替え  □ その他（ 　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 特に希望する事項 | | | |  | | | | | 必要な居宅生活動作補助用具 | | | | | | □ 便器  □ 手すり  □ スロープ  □ その他（　　　 　） | | | | | | | | | | | |
| 現在の  住まい  状　況 | | 住　宅 | □ 自宅  □ 借家 | | | 借家の  場合貸  主諾否 | | □ 承諾  □ 否（承諾予定　　　　） | | | | | | | | 便　器 | | | □ 和　式  □ 洋　式  □ 携帯用 | | | | | | | | |
| 現在の  介護の  状　況 | | 入　　浴 | □ 他人の介助が必要  □ 清のみ  □ 入浴・清拭ともしていない  □ 自分でできる | | | | | 排　　泄 | □ 他人の介助が必要  □ 便器（携帯用）を使用  □ 自分でできる | | | | | | | 移　　動 | | | □ 車いす使用  □ 他人の介助が必要  （ 一部・全部 ）  □ 自分でできる | | | | | | | | |

（裏面も記入ください。）

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |
|  | | 本人 | ― |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| 該当する所得区分 | | □　生活保護・□　非課税・□　一般・□　一定所得以上 | | | | |
| 世帯範囲の特例に関する認定 | | □　次のいずれにも当てはまるため、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により申請します。  １　税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等が障がい者を扶養控除の対象としていない。  ２　健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等の被扶養者となっていない。 | | | | |
| 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。 | | | | |

　（備考）

　　１　該当する「□」に、レ印を付してください。

　　２　世帯の特例に関する認定の申請をする場合は、被扶養者としていないことを確認できる健康保険証の写しを添付してください。