

様式第1号(第4条関係)

明和町障害児(者)日常生活用具給付申請書

明和町長 様

年 月 日

申請者 住所 明和町大字
 氏名 印
 (対象者との続柄)
 電話(又はFAX)

下記により日常生活用具の給付を申請します。

日常生活用具給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他資料について、各機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日	生 歳
	住 所	明和町大字				
	身障・療育手帳番号		県第	号	年 月 日	交付
	障 害 名			障害程度		
	施設入所希望の有無	希望する(施設) ・ 希望しない				
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	備考(対象者に対する介護の状況等)	
給付を希望する理由						
現在の住いの状況	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	
給付を受けたい用具の名称				機能する形式 規模等		
給付上特に希望する事項						
備 考						