|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | | 係　長 | 係　 　員 | 公印使用承認 | 決裁区分 | 分 類 | ５・１・２ |
|  | |  |  |  | Ｅ | 保 存 | ５　　年 |
| 起 案 | * ・ |
|  |  | | | 障がい福祉課障がい者支援第二係 | | 決 裁 | * ・ |
| 本件、決定してよろしいか | | | | | 施 行 | * ・ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 番　号 |  |

日常生活用具給付等申請書

　　　年　　　月　　　日

厚木市長

申請者 住　所　厚木市

氏　名

電話番号

次のとおり日常生活用具の給付等を申請いたします。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  者 | 氏 名 | □同上 | | | | 住 所 | □同上 | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | |
| 年　　月　　日 | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | □神奈川県　□その他（　　　　　　）  第　　　　　　　　　号 | | | | | | | | 年　　 月 　　日交付 | | | | | | |
| 障害等名 | | | 種 　　　　　　　　　級 | | | | | | | | | | | | | | |
| □上肢障害　□下肢障害　□肢体不自由　□体幹機能障害　□視覚障害  □呼吸器機能障害　□膀胱直腸障害　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 療育手帳番号 | | | □神奈川県　□その他（　　　　　　）  第　　　　　　　　　号 | | | | | | | | 年　　月　　日交付 | | | | | | 種 |
| 世帯状況 | 氏　名 | | 続柄 | 生年月日 | | | 備考 | 氏　名 | | | | 続柄 | | 生年月日 | | | | 備考 |
|  | |  | ・　 ・ | | |  |  | | | |  | | ・　 ・ | | | |  |
|  | |  | ・　 ・ | | |  |  | | | |  | | ・　 ・ | | | |  |
|  | |  | ・　 ・ | | |  |  | | | |  | | ・　 ・ | | | |  |
| 給付等を希望する理由 | | | | 日常生活に支障をきたすため | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の住まいの状況 | | | | 住宅 | １ 自宅  ２ 借家（貸主の承諾） | | | | 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 他人の介護を必要　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 他人の介護を必要  ２ 便器(携帯用)使用  ３ 自分でできる | | | | | | | |
| 給付等を受けたい用具の名称 | | | |  | | | | | 委託業者 | | | |  | | | | | |
| 給付等の上特に希望する事項 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |