

南魚沼市長 宛

申請者  
 (18歳未満の場合  
 は保護者)

住 所 南魚沼市

氏 名

(対象者との続柄)

電 話

下記により日常生活用具費の給付を申請します。  
 日常生活用具費の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録情報、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。日常生活用具費の給付決定がされた場合に、南魚沼市長が申請者に代わり希望する業者に決定内容を通知することに同意します。

対象者	氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所	南魚沼市					
	身体障害者手帳番号	第 号			交付年月日	年 月 日交付	
	障害名				障害等級	級	
	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	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)		
給付を希望する理由		日常生活に必要なため					
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	見積書の通り	
希望する業者	名称						
	所在地						
	電話				FAX		
該当する所得区分	生活保護 ・ ( 低所得1 ・ 低所得2 ) ・ 一般 ・ 一定所得以上						
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、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とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害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、子供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	<input type="checkbox"/> 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 (難病疾患名等)							