

## 日常生活用具給付申請書

年 月 日

加西市福祉事務所長 様

申請者 住所  
氏名 ㊦  
(対象者との続柄)  
電話 ー

下記により、日常生活用具の 給付 を申請します。  
なお、費用負担決定にあたり、私の世帯に係わる所得税に関する調査を市が行うことについて承諾します。

対 象 者	氏名				男・女	生年月日	T・S	年	月	日	
	住所	加西市 (㊦ ー )									
	区分	<input type="checkbox"/> ねたきり高齢者 <input type="checkbox"/> 一人暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	日常生活状況等 (○をつけて ください)	ア 歩行 ①自分で可 ②一部介助 ③全介助 イ 排泄 ①自分で可 ②一部介助 ③全介助 (おむつの使用 有・無) ウ 食事 ①自分で可 ②一部介助 ③全介助 エ 入浴 ①自分で可 ②一部介助 ③全介助 オ 着脱衣 ①自分で可 ②一部介助 ③全介助 徘徊行為 有・無 褥瘡(床ずれ) 有・無									
		上記の状態になった時期 年 月 日									
給付を受けたい用具の 名称						希望する 型式規模等					
給付等を希望する理由											
世帯の 状況	氏名	続柄	生年月日	職業							
					氏名	続柄	生年月日	職業			
備考											