

日常生活用具給付（貸与）申請書

年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

申請者 住 所

氏 名

㊟

(対象者との続柄)

電話番号

下記により日常生活用具給付（貸与）を申請します。

対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日(歳)	
				個人番号		
	住 所					
	身体・療育・精神	市・県 第	号	障害等級	種 級	
障害名 または 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のこと)					
世 帯 状 況	氏 名	職 業	備 考	氏 名	職 業	備 考
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	移 動	1 車いすを使用 2 他人の介助を必要 (一部・全部) 3 自分でできる
給付(貸与)を受けた い用具の名称				希望する型 式、業者等		
入院・施設入所の状況	1. している (病院・施設名) 2. していない					
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 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およ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、同一世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者になっていない。					
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						

調 査 書 (日常生活用具給付等事業)

①申請書受理番号及び年月日								第	号	年	月	日
② 対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日生 (歳)								
	住 所											
③ 世 帯 員 の 状 況	氏 名	続柄	市民税課税有無	所 得	年金等	手 当	合 計					
			所・均									
			所・均									
			所・均									
			所・均									
			所・均									
④世帯区分		1 生活保護 2 低所得 3 一 般 4 一定所得以上										
⑤給付(貸与)の 必要の有無		1 有 2 無	⑥住まいの 状況		1 自家 2 借家 (借主の諾否)							
⑦給付 (貸与) する 用具名 (形式規模等含む)						円						
⑧利用者負担額		円		⑨公費負担額		円						
備 考												
年 月 日		調査員		職 名 氏 名								