

中野市障害者等日常生活用具給付等申請書

年 月 日

中野市長

あて

申請者 住 所

氏 名

日常生活用具の給付等を受けたいので、次のとおり申請します。

必要に応じて、費用負担の審査のため課税資料を閲覧することに同意します。

対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	電 話 ()				
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号	
	疾 病 名					
	症 状					
世 帯 の 状 況	氏 名	対 象 者 との続柄	生年月日	備 考 (対象者に対する介護の状況)		
給付等を希望する理由						
現在住まいの住宅の状況		1 自宅 2 借家				
貸主の住所・氏名及び承諾印		(印)				
現在の 介護の 状 況	入 浴	1 他人の介助が必 要	排 便	1 他人の介助を必 要	移 動	1 車いす使用
		2 清拭のみ		2 便器(携帯用) 使用		2 他人の介助を必要 (一部、全部)
		3 入浴、清拭とも していない		3 自分でできる		3 自分でできる
		4 自分でできる				
給付等を受けたい 用 具 の 名 称						
特に希望する事項						
備 考						