

障害者等日常生活用具給付等申請書

いわき市

地区保健福祉センター所長 様

住所
申請者
氏名

(対象者との続柄)

注意 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

対 象 者	氏 名	個人番号： _____ 年 月 日生				
	住 所	電話番号 () _____				
	手 帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 第 _____ 号 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 _____ 年 月 日交付				
	障 害 名				障害等級	級
	難病等名			発症年月	年 月	
世 帯 の 状 況	氏 名	個人番号	続 柄	年 齢	職 業	対象者に対する 介護の状況
給付(貸与)を 希望する理由						
住まいの状況	住宅 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家	便器 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> なし	排泄	<input type="checkbox"/> 他人の介助を必要 <input type="checkbox"/> 便器利用 <input type="checkbox"/> 自分でできる		
現在の介護 の 状 況	入浴 <input type="checkbox"/> 他人の介助が必要 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 入浴清拭ともしていない <input type="checkbox"/> 自分でできる	歩行	<input type="checkbox"/> 歩行できない <input type="checkbox"/> 他人の介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分で支えれば可能 <input type="checkbox"/> 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 規 模 等			
特に希望する事項						

備考 難病等の場合は、病名及び症状が確認できる医師の診断書等を添付してください。