

様式第1号の(1)(第4条関係)

日常生活用具給付申請書

申請日 令和 年 月 日

美馬市福祉事務所長 様

申請者 住所

氏名  
給付対象者との続柄( )  
電話番号 ( ) -

下記により日常生活用具の給付を申請いたします。  
日常生活用具の給付のため、市民税課税証明書等の提出に替えて、私の属する世帯の課税状況を  
地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

対 象 者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)	
	住所					
	1 身体障害者手帳			年 月 日 交付 第 号	障害等級 種 級	
	2 療育手帳	障害名				
	3 精神障害者保健福祉手帳	療育手帳	年 月 日 交付 第 号		精神障害者 保健福祉手帳	
	施設入所希望の有無		希望 ( 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						
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 他人の介助が 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				
給付上特に希望する事項						
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				
申請者の収入		障害年金等※・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当等				

※障害年金等の場合は、年金振込通知書の写し等、ご本人の収入が分かる書類(非課税世帯である方)  
をお持ちください。