

難病患者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

士別市長 様

住所
申請者 氏名 (対象者との続柄) 印

下記により日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏 名				生 年 月 日	年 月 日	歳
	住 所						
	身体障害者手帳	第 号	年 月 日	交付	等級	種 級	
	施設入所希望の有無		希望する		希望しない		
世帯の状況	氏 名	続 柄		生 年 月 日	職 業	備考 (対象者に対する介護の状況等)	
		世 帯 主					
給付を希望する理由							
現在の住居の状況	住 宅	1 自宅 2 借家	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 他人の介助が必要 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 が必要 (一部、全部) 3 自分でできる	
給付を受けたい用具の名称					希望する型式規模等		
給付上特に希望する事項							
備考							

(注意)

この申請にあつては別紙の同意書を併せて提出するものとする。