

# 日常生活用具 給付 申請書

令和 年 月 日

高知市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。  
 なお、日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	ふりがな				生年月日	年 月 日		
	氏 名							
	住 所	高知市						
	身体障害者手帳番号	県・市 第 号 種 ____級		年 月 日交付				
	療育手帳番号	県 第 号 種 A__・B__		年 月 日交付				
	障 害 名							
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状況)			
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 (家主の諾否)	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 他人の介護を必要 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 他人の介護を必要 2 便器(携帯用)を使用 3 自分でできる。			
給付を受けたい用具の名称								
希望する業者名								
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上							
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措置(定率負担減免措置)を希望します。 <small>※福祉事務所の発行する境界層対象者証明書が必要となります。</small>							
決定の通知方法(視覚障害等)	1 支援センターが訪問し、制度及び給付品の説明行う(通知文など持参)。 2 通知文を拡大して郵送 3 郵送							