様式第１号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 重度障がい者等日常生活用具給付（貸与）申請書年　　月　　日　　会津美里町長申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印（対象者との続柄）　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記により重度障がい者等日常生活用具の給付（貸与）を申請します。 |
| 対象者・児 | 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　歳） |
| 個人番号 |  | 住　所 |  |
| 身体障がい者 | 手帳番号 |  | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 種別 |  | 障がい等級 |  |
| 知的障がい者 | 手帳番号及び区分 |  |  | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 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　あ　り２　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 | 排尿排便 | １　他人の介助が必要２　便器（携帯用）使用３　尿意、便意を伝えることができない４　自分でできる |
| 給付（貸与）を受けたい用具の名称 |  | 希望する用具の規模等 |  |
| 給付（貸与）上特に希望する事項 |  | 納入業者名 |  |
| 納入業者の住所 | （電話　　　　） |
| 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 | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 |
| **同　意　書**日常生活用具給付申請の決定のため、私は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、閲覧することに同意します。また、決定内容について納入業者に通知することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日１、本人氏名　　　　　　　　　　　　　　５、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　２、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　６、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　　３、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　７、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　４、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　８、世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　※対象者が18歳以上の場合は、対象者本人とその配偶者のみ記入。対象者が18歳未満の場合は、世帯員全員を記入すること。ただし、18歳未満で収入がない場合は記入不要です。 |

添付書類：１、身体障害者手帳の写し（療育手帳の写し）　２、見積書（事前に取得の場合のみ）