

重度障害児・者 日常生活用具給付等申請書

江別市長 様

申請日 年 月 日

〒 ー
住 所

申請者 氏 名 ㊟
(対象者との続柄)

電話番号 ()

下記により日常生活の給付を申請します。なお、この申請に伴う世帯の税務資料等の閲覧を承諾します。

対象者	フリガナ 氏 名					生 年 月 日					
	住 所										
世帯員 の 状 況	フリガナ 氏 名	続 柄	生 年 月 日			市民税非課税区分	年金・所得額	資 料 番 号			
						非 課 税 課税 ()					
						非 課 税 課税 ()					
						非 課 税 課税 ()					
						非 課 税 課税 ()					
						非 課 税 課税 ()					
						非 課 税 課税 ()					
						非 課 税 課税 ()					
世帯 区 分	生 保	低所得	一般 1	一般 2	給付等 負担額	予 定 格	円		自 己 負担額	円	
上 限 月 額	0	0	(児)4,600 (者)9,300	37,200		公 費 負担額	円		年 月 日 確認者		
改修 工 事 内 容	改 修 区 分				改 修 箇 所		必要な理由・改修後の状況等				
	1 手すり取付け		4 扉取替え								
2 段差解消		5 便器取替え									
3 床材変更		6 その他									
給付(貸与)を 希望する理由											
現在の住居 等の状況	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		
現在の介護 の状況	入浴	1 家族等の介護が必要 2 清拭のみをしている 3 入浴・清拭ともしていない 4 自分でできる			排便	1 家族等の介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる		移動	1 車いす使用 2 家族等の介護が必要 (一部・全部) 3 自分でできる		

※太枠内は記入しないでください。