

重度障がい児・者日常生活用具給付等申請書

年 月 日

(宛名) 江別市長

〒 -

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用具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	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
			年 月 日	非課税 課税 ( )		
			年 月 日	非課税 課税 ( )		
			年 月 日	非課税 課税 ( )		
			年 月 日	非課税 課税 ( )		
			年 月 日	非課税 課税 ( )		
			年 月 日	非課税 課税 ( )		
			年 月 日	非課税 課税 ( )		
			年 月 日	非課税 課税 ( )		
			年 月 日	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 価	円	自 己 負担額	円
上 限 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 2 段差解消 3 床材変更	4 扉取替え 5 便器取替え 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 家族などの介助が必要 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。