

障害者日常生活用具等給付申請書

年 月 日

長沼町長 様

申請者 住所
氏名 印
(対象者との続柄)

長沼町障害者地域生活支援事業条例施行規則に基づき、下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所					
	手帳番号	第 号	障害等級	級 A・B		
	障害名					
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	備考(介護の状況等)	
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 (貸主の諾否)	浴槽	1 あり 2 なし	便器	1 和式 2 洋式 3 なし
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		排泄	1 他人の介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる	
給付を受けたい用具の名称又は住宅改修内容				希望する形式規模等		
特に希望する事項						
備考						
同意書						
私は、この申請に係る事務を行うため、長沼町が私及び私の世帯に関する個人情報(住民基本台帳情報、税情報)を利用することに同意します。						
年 月 日			氏名		印	