

第1号様式（別表1 地域生活支援事業内容本則 第3 日常生活用具給付事業第4項関係）

日常生活用具給付（貸与）申請書

令和 年 月 日

東浦町長 殿

申請者（満18歳未満の者については保護者）
住所 東浦町大字

氏名
対象者との続柄（ ）
電話番号（0562） -

下記により、日常生活用具の給付を申請します。
なお、対象者又は扶養する者が支払うべき額の決定に必要な税関係書類の閲覧を東浦町長に委任します。

対 象 者	※申請者と対象者が同じ場合、太枠内の住所・氏名・電話番号の記入は不要です。					
	住 所	東浦町大字 電話番号（ ） -				
	ふりがな			男 ・ 女	生 年 月 日	
	氏 名			明治 大正 昭和 平成	年 月 日生（ 歳）	
	障害者手帳番号	愛知県 第 号 昭和 平成 令和 年 月 日交付				
障害名	視覚、聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく、肢体不自由、 内部（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸）			種 級 / 判定		
給付を受けたい 用具の名称			業者名			
給付を希望する理由						
住いの状況	住 宅	自宅・借家	浴 槽	和式・洋式	便 器	和式・洋式・携帯用
介 護 の 状 況	特殊マット・特殊尿器		常時介護を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	入浴担架・入浴補助用具		入浴時に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	体位変換器		下着交換等に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	移動・移乗支援用具		家庭内の移動に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	特殊便器		排便後の処理が困難で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない（知的のみ）			
	透析液加温器		自己連続携行式腹膜灌流法（CAPD）による透析療法を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない			
	酸素ボンベ運搬車		在宅酸素療法を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない			
	点字タイプライター		<input type="checkbox"/> 就労している（見込み含む） <input type="checkbox"/> 就学している			
備 考	盲人用時計（音声時計）		手指の触覚に障害が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			

（注意）この申請をされる方で、転入等により東浦町にて課税情報が確認できない方については、転入前住所地で発行された対象者及び同一世帯に属する者の所得課税証明書等の書類が必要になります。