

様式第1号（第4条関係）

区分	生保・低1・低2・一般・一定以上
履歴	年月日・( )ヶ月分
使用困難確認	<input type="checkbox"/> 書類 <input type="checkbox"/> 現物 <input type="checkbox"/> 口頭

<input type="checkbox"/>	手帳確認済
<input type="checkbox"/>	介護確認済
<input type="checkbox"/>	履歴確認済
<input type="checkbox"/>	児童世帯確認済
<input type="checkbox"/>	別世帯の生計同一者確認済

日常生活用具給付申請書

熊本市長（宛）		（申請日）		年	月	日
（申請者）		住所				
		氏名				
		対象者との続柄				
		電話（ ）		-		
<p>下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。</p> <p>なお、日常生活用具の給付申請の決定のため、私の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、閲覧することを承諾します。</p>						
対象者	住所					
	フリガナ					
氏名	氏名	生年月日	T・S	年	月	日
			H・R			
世帯状況	氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
※別世帯であっても生計が同一であれば対象世帯員となりますのでご記入ください						
障害者手帳 障害名	手帳番号	第 号		障害等級	(級)	
	障害種別	身体 { 視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・肢体不自由（上肢・下肢・体幹・脳原性運動機能）・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・その他 } 知的・精神				
疾患名	（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に基づき厚生労働大臣が定める疾病名を記載のこと）					
介護保険制度状況	未申請・非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					
現在状況	在宅・入院・入所	入院(所)施設名	年 月 日 予定			
特記事項						
給付を受ける 日常生活用具名	種目	ストーマ装具（消化器系・尿路系）・紙おむつ等 その他（ ）				
	名称	（ ）				
希望する日常生活用具業者ストーマ装具・紙おむつの						
世帯課税状況	生活保護・市町村民税非課税・市町村民税課税					
申請者収入等	非課税収入（障害年金・遺族年金・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過福祉手当・特別児童扶養手当）・老齢年金・給与所得・営業等 ・退職所得・収入なし・その他（ ）					
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					
備考						

※太枠内を記入してください。また、申請者氏名欄に押印してください。  
 ※対象者が18歳未満の場合、申請者欄には保護者氏名等を記入してください。  
 ※「特記事項」欄には、同一種目の再交付を希望する場合（ストーマ用装具除く。）等に理由を記入してください。