

日常生活用具給付申請書						年 月 日	
大木町長		様		申請者			
				住所			
				氏名		印	
				個人番号			
				(対象者との続柄)			
大木町障害児・者日常生活用具給付事業実施要綱第4条の規定により次のとおり用具の給付を申請します。							
対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生( 歳)		
	住所						
	個人番号		障害区分	1 身体 2 知的 3 精神 4 難病			
	手帳番号	県 第 号		年 月 日 交付			
	障害名 (身体のみ)			障害等級	級		
	施設入所希望の有無			希望 ( 施設) 希望しない			
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	個人番号	備考		
現在の住まいの状況		住宅	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)	浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし	1 和式 2 洋式 3 携帯用 便器	
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		排便	1 他人の介助を必要 使用 2 便器(携帯用) 使用 3 自分でできる		
					移動	1 車いす使用 2 他人の介助を必要 3 自分でできる	
給付を受けたい用具の名称				希望する形式規模等			
住宅改修の場合	改修を行う住宅の住所						
	改修工事内容	区 分			居宅生活動作補助用具		
		1 手すりの取付け 2 床段差の解消 3 床材の変更 4 扉の取替え 5 便器の取替え 6 その他( )			1 便器 2 手すり 3 スロープ 4 その他( )		
添付書類 <input type="checkbox"/> 手帳の写し <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 医師診断書(難病患者等の場合のみ) <input type="checkbox"/> 当該年度の課税証明書(4月～6月に申請する場合は前年度分大木町に税情報がない場合のみ)							