様式第１号(第４条関係)

日常生活用具給付申請書

年　　月　　日

(宛先)湖西市福祉事務所長

申請者(保護者)
住　　所
氏　　名　　㊞
(署名又は記名押印)
個人番号
(対象者(児)との続柄)
Ｔ　Ｅ　Ｌ

下記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

なお、日常生活用具の給付決定のため、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。

<table>
<tr><td rowspan="8">対象者（児）</td><td>住所（居住地）</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">身体障害者手帳</td><td>手帳番号</td><td>第　　号</td><td>交付年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>障害名</td><td colspan="2"></td><td>等級</td><td>級</td></tr>
<tr><td>療育手帳</td><td>手帳番号</td><td>第　　号</td><td>障害程度</td><td colspan="2">Ａ　・　Ｂ</td></tr>
<tr><td>難病疾患名</td><td colspan="2"></td><td>症状</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">給付希望理由</td><td colspan="5">□　給付要件に該当するため
□　自己連続携行式腹膜灌流法による透析療法
□　在宅酸素療法　□　人工呼吸器装着　□　吸引器使用
□　酸素濃縮器使用　□　喉頭摘出</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記以外の場合は具体的に記入してください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">給付希望用具品目</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する形式・規模等</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">購入希望業者名</td><td colspan="5">□　見積書の業者と同じ　□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>