様式第１号（その１）（第６条関係）

日常生活用具費助成申請書

年　　月　　日

　　（あて先）掛川市長

　　次のとおり日常生活用具費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 氏　名 | 　 | 男・女 | 生年月日 | 　　年 　月 　日（　歳） |
| 住　所 | 掛川市 　　 　　電話番号 |
| 手帳番号 |  　　　　　第　　　　　　号 | 　　年 　月 　日交付 |
| 障害名又は疾病名 |  | 障害等級 |  |
| 世　帯　の　状　況 | 氏　　　　　　　　　名 | 続柄 | 生　年　月　日 | 年齢 | 職　　　　　業 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 介　護　保　険 | 　□ 申請済み　　□ 未申請　　□ 申請中（　　　　年　　月） |
| 　□ 該当（要支援・要介護・１・２・３・４・５）　　□ 非該当 |
| 日常生活用具名 |  | 希望する形式規模等 |  |
| 希望する業者 |  |
| 備　　　　　考 |  |

　（注）

　　１　介護保険該当者は、申請品目により介護保険の貸与・給付制度が優先されます。

　　２　事業者の見積書を添付してください。

　　３　難病患者等に該当する方は、手帳番号及び障害等級の欄の記載に代え、疾病名及び症状が確認できる医師の診断書を提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | 　□ 申請者本人　　　　□ 申請者本人以外（下の欄に記入） |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |