

高齢者日常生活用具給付申請書

年 月 日

武蔵村山市長 殿

住所
申請者 氏名
電話番号 ()

高齢者日常生活用具の給付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

対象者	住所				
	氏名		個人番号		
	生年月日		明・大・昭	年	月
給付を受けようとする用具の種類					
申請理由					
世帯の状況	氏名	年齢	続柄	健康 (<input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> ときどき臥床 <input type="checkbox"/> 常時臥床)	
				歩行 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可)	
				座位 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否)	
				上肢 (<input type="checkbox"/> 両手 <input type="checkbox"/> 片手 <input type="checkbox"/> 不可)	
				入浴 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)	
				排泄 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)	
			褥創 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 徘徊 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
			日常特に注意すること		
介護保険認定申請の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護
その他の連絡先	氏名		続柄	住所	電話番号

備考 見積書を添付してください。

当申請の審査に際して、所得状況、生活保護受給の有無、世帯構成等必要な事項について公簿等により確認することについて同意します。

氏名 ㊟