

# 日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

申請者 住 所 上越市  
氏 名  
個 人 番 号  
対象者との続柄  
電 話 番 号

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

対 象 者	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）		
	個人 番号		住 所	上越市			
	身体障害者 手帳情報	（ ）第 号		昭・平・令 年 月 日交付			
	障 害 名				障 害 等 級		
	施設入所の有無	有（施設名： ）・無					
世 帯 の 状 況	氏 名	対 象 者 と の 続 柄	生年月日	職 業	備 考 （対象者に対する介護の状況等）		
			・ ・				
			・ ・				
			・ ・				
			・ ・				
給付を希望する理由							
給付を受けたい 用具の種類							
現在の住まいの状況	住宅	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家（貸主の諾否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）		浴槽	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> なし	便器	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 携帯用
現在の介護の状況	入浴	<input type="checkbox"/> 他人の介助が必要 <input type="checkbox"/> 清拭 <small>しき</small> のみ <input type="checkbox"/> 入浴及び清拭 <small>しき</small> をしていない。 <input type="checkbox"/> 自分でできる。		排便	<input type="checkbox"/> 他人の介助が必要 <input type="checkbox"/> 便器（携帯用）使用 <input type="checkbox"/> 自分でできる。	移動	<input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 他人の介助が必要（一部又は全部） <input type="checkbox"/> 自分でできる。
申請者の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> 一般						

※申請された日常生活用具の給付は、審査のうえ決定します。

※日常生活用具給付決定通知書を受け取る前に購入された日常生活用具は助成の対象となりませんので、ご注意ください。

※記載された個人情報は、日常生活用具に関する業務以外には使用しません。

裏面あり

# 所得額等調査承諾書及び個人番号告知

上越市日常生活用具給付に係る令和 年分所得について、福祉課での私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、扶養義務者の個人番号を告知します。

（対象者が18歳以上の場合は本人と配偶者のみ記載して下さい。）

令和 年 月 日

住所 上越市

氏名 \_\_\_\_\_

（署名又は記名押印）

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

（宛先） 上 越 市 長

※記載された個人情報、上越市日常生活用具給付に関する業務以外には使用しません。