

様式第1号

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会寝たきり高齢者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会会長 様

住所
申請者 ふりがな
氏名 印
電話番号 ー

次のとおり、寝たきり高齢者等の日常生活用具の給付を申請します。

審査事項の確認方法	<input type="checkbox"/> 自分で証明書(住民票、所得・課税証明)を用意して添付する。 <input type="checkbox"/> 恵庭市からの住民基本台帳、所得税、介護認定、生活保護の情報提供に同意する。			
対象者	ふりがな氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	(満 歳)	
	住所		電話番号	
給付を申請する用具及び理由				
世帯調査票	裏面に記入してください。			
備考				

※下の欄は記入しないで下さい。

審査の結果、給付を決定(却下)してよろしいか伺います。 年 月 日	局長	次長	課長	主査	スタッフ
	決裁				

<裏面>

日常生活用具給付事業対象者(世帯)調査票

1 対象者の状況

本人の 状態	概要							
	既往病	病名			発病年月日	年 月 日		
	治療状況	医療機関名			受診状況	注射、投薬、治療(週 回)		
	身体及び 日常動作	身体	身長	cm	体重	kg	歩行	自力可 ・ 一部介助 ・ 全介助
		言語	正 常 ・ 軽 度 ・ 不自由			排泄	自力可 ・ 一部介助 ・ 全介助	
		視力	正 常 ・ 軽 度 ・ 高度弱視			食事	自力可 ・ 一部介助 ・ 全介助	
		聴力	正 常 ・ 軽 度 ・ 高度難聴			入浴	自力可 ・ 一部介助 ・ 全介助	
		おむつ	無 し ・ 夜のみ ・ 昼 夜			着脱衣	自力可 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	精神障害 及び認知症	①正 常 ②精神障害あり(認知症・心気症状・不安・焦燥・抑うつ状態・ 興奮・幻覚・妄想・せん妄・睡眠障害・その他)						
住宅の状況		①持ち家 ②公営住宅 ③アパート ④その他						

2 世帯状況

氏 名	続柄	性別	年齢	職 業	()年分所得額	台帳番号	備 考

3 階層・負担金の認定

確 認 方 法	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 恵庭市情報	階層区分	利用者負担金	確 認 者
確 認 年 月 日	年 月 日		円	印