

高齢者日常生活用具給付申請書

江東区長殿

平成 年 月 日

下記により日常生活用具の給付を申請します。

申請した日を記入して下さい。

生活保護受給の有無について、どちらかに付けて下さい。

介護保険の認定状況を記入して下さい。

本人の状態を記入して下さい。

他に連絡先を希望する場合は記入して下さい。(家族等)

希望する種目を付けて下さい。(種目によって要件が違うので注意して下さい)

希望する日常生活用具のメーカー名、製品名、色、型番等を記入して下さい。

申請者本人が自筆で署名して下さい。

| | | | | | | | |
|------------|--------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------|--------------------------|----------|-----------|
| 対象者 | ふりがな | こうとう た るう | | 生年月日 | M T (S) 4 年 6 月 8 日 79 歳 | | |
| | 氏名 | 江東太郎 | | | | | |
| 生活保護 | 住所 | 江東区 東陽 4-11-28 | | 電話 | 3 6 4 7 - 4 3 1 9 | | |
| | 介護保険認定状況 | 未申請 | 申請中 | 自立 | 要支援() | 要介護(1) | |
| | 認定期間 | 20 年 1 月 1 日から 20 年 12 月 31 日 | | | | | |
| | 生活保護 | 有 | <input checked="" type="radio"/> 無 | 本人の状態 | | | |
| | ふりがな | こうとう いち るう | | 続柄 | 長男 | 電話 | - x x x x |
| | 連絡先氏名 | 江東一郎 | | | | | |
| 日常生活用具給付種目 | | | | | | | |
| 介護認定状況 | 自立 (非該当) | 1、入浴補助用具(入浴用いす、すのこ、マット、台、手すり等) | | | | | |
| | 未申請 | シルバーカーを使用することにより、歩行の安定を図れる方が対象 | ② シルバーカー (四輪の手押し式歩行補助用具) | | | | |
| | 申請 | 認知症(痴呆)症状のある方が対象 | 3、電磁調理器 | | | | |
| | 可 | 要介護1以下の方が対象 | 4、社会福祉協議会貸与の介護用電動リサイクルベッド利用時のマットレス | | | | |
| | 製品名 (型番・色など) | 希望する日常生活用具のメーカー名、製品名、色、型番等を記入して下さい。 | | | | | |

同意事項

- 当事業において必要なサービス提供のため、私に関する居住状況・生活保護受給状況・疾病・障害及び介護保険受給状況の情報を調査することに同意します。
- 当事業申請後、私に関する情報をサービス提供及び在宅での生活支援のため、在宅介護支援センター・介護支援専門員及びサービス委託事業者からの提供を受け、並びにこれらのものに提供することに同意します。

署名 江東太郎

受付場所 _____

受付者 _____