様式第１号（第４条関係）　　年　　月　　日

（あて先）小金井市長

自立支援日常生活用具給付申込書

申　込　者　住所

ふりがな
氏名

電話

自立支援日常生活用具の給付を下記のとおり申し込みます。なお，給付要件の確認のため下記項目について市の公簿等で確認すること，及び小金井市高齢者見守り支援台帳に登載し，見守り支援が必要なときは関係機関に情報を提供することに同意します。

記

<table>
<tr><td rowspan="6">利用者</td><td>氏名</td><td>ふりがな</td><td>住所</td><td colspan="2">小金井市　　町　丁目　番　号
電話</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日生
（　　）歳</td><td colspan="2">身体障害者手帳　有・無
（障害名）　　級</td></tr>
<tr><td>介護保険の状況</td><td colspan="4">□未申請　□自立　□認定申請中　□要支援　□要介護度（　　）</td></tr>
<tr><td>認定日又は申請日</td><td colspan="4">年　月　日頃</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生活の様子</td><td colspan="4">移動：□自分で　□一部介助　□全面介助
食事：□自分で　□一部介助　□全面介助
入浴：□自分で　□一部介助　□全面介助　□入浴不可（清拭）
排泄：□自分で　□一部介助　□全面介助　□おむつ
起居：□自分で　□一部介助　□全面介助</td></tr>
<tr><td colspan="5">申込種目（該当種目の□にレを付け横の空欄に製品名等をお書きください。）
□　腰掛便座（便器）　（製品名等　　）
□　入浴補助用具　（製品名等　　）
□　手すり　（製品名等　　）
□　スロープ　（製品名等　　）
□　シルバーカー　（製品名等　　）
□　一本杖（歩行補助杖）（製品名等　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">市民税課税状況</td><td colspan="2">年度
□課　税・□非課税</td><td>小金井市外に居住し，非課税の場合は前住所地発行の市民税非課税証明書が必要です。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">親族等</td><td>氏　名</td><td>続柄</td><td>年齢</td><td colspan="2">連絡先等</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">申込みの理由等
</td></tr>
</table>

※　この届出項目は，電子計算組織に登録されます。