

（宛先）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

利 用 者	氏 名	ふりがな	住 所	小金井市 町 丁目 番 号 電話
	生年 月日	年 月 日生 ( ) 歳	身体障害者手帳 有 ・ 無 (障害名) 級	
	介護保険 の状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護度( )		
	認 定 日 又 は 申 請 日	年 月 日頃		
生 活 の 様 子	移動： <input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 食事： <input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 入浴： <input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 入浴不可（清拭） 排泄： <input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> おむつ 起居： <input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助			
申込種目（該当種目の <input type="checkbox"/> に $\hookrightarrow$ を付け横の空欄に製品名等をお書きください。） <input type="checkbox"/> 腰掛便座（便器）（製品名等） <input type="checkbox"/> 入浴補助用具（製品名等） <input type="checkbox"/> 手すり（製品名等） <input type="checkbox"/> スロープ（製品名等） <input type="checkbox"/> シルバーカー（製品名等） <input type="checkbox"/> 一本杖（歩行補助杖）（製品名等） <input type="checkbox"/> 電磁調理器（製品名等）				
市民税課税状況		年度 <input type="checkbox"/> 課 税 ・ <input type="checkbox"/> 非課税	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。	
親 族 等	氏 名	続 柄	年 齢	連 絡 先 等
申込みの理由等				

※ この届出項目は、電子計算組織に登録されます。