

倉敷市ねたきり高齢者等日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

倉敷市 社会福祉事務所長 宛

倉敷市ねたきり高齢者日常生活用具の給付を受けたいので、倉敷市ねたきり高齢者等日常生活用具給付規則第4条の規定により下記のとおり申請します。

なお、本人及び家族の所得調査など給付に係る必要な調査について同意します。

|                  |  |            |            |  |
|------------------|--|------------|------------|--|
| 申請者              | 住所   | 〒 -<br>倉敷市 |            |  |
|                  | 電話番号   | -          |            |  |
|                  | ふりがな氏名   | 生年月日       | 大正・昭和<br>・ |  |
| 区分               | <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者等  |            |            |  |
| 給付を受けようとする日常生活用具 | <input type="checkbox"/> 湯沸器 <input type="checkbox"/> 寝具類 <input type="checkbox"/> ガス漏れ報知器<br><input type="checkbox"/> 入浴担架 <input type="checkbox"/> 火災警報器 ( ____ 台) <input type="checkbox"/> 電磁調理器<br><input type="checkbox"/> 洗髪器 <input type="checkbox"/> 自動消火器 <input type="checkbox"/> 老人手押し車<br><input type="checkbox"/> 電子レンジ |            |            |  |
| 給付を必要とする理由       |  |            |            |  |

※ 欄は、該当箇所にレ印をつけてください。

対象者の生計中心者の所得税課税状況により、個人負担額が異なります。

|  |  |
|--|--|
| 証 明 書  |  |
| 上記の者は、次の状態であることを証明します。   |  |
| <input type="checkbox"/> 常時ねたきりであり、防火等の配慮が必要な高齢者である。<br><input type="checkbox"/> ひとり暮らしで、心身機能の低下等により防火等の配慮が必要な高齢者である。<br><input type="checkbox"/> 加齢等により、補助的な用具なしでは歩行が困難な高齢者である。 |  |
| 令和 年 月 日   |  |
| _____ 地区担当民生委員 氏名 _____  |  |

※ 以下は記入しないでください。

|   |   |
|---|---|
| 生活保護受給  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               |
| 対象者の生計中心者の所得税   | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 ( _____ 円) |
| 公簿確認年月日                      ・                      ・ | 確認者氏名   |