様式第３号

|  |
| --- |
| 中程度障害児紙おむつ給付申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　 鯖江市福祉事務所長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　　　　　）下記により日常生活用具の給付を申請します。日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 |
| 対象者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　 月　 日生(　　歳) |
| 住　所 |  | 施設入所希望 |  |  |
| 障害者手帳番号 | 　　　　　　　県第　　　　　 号　　　　　　　　 年　　月　　日交付 |
| 障害名または疾患名 |  | 障害等級 | 　　　　　　種　　　級 |
| 世帯の状況 | 氏　　　名 | 続　柄 | 生年月日 | 職　業 | 備　　　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 給付を受けたい用具の名称・希望する業者 |  |
| 給付を希望する理由 |  |
| 障害児通所サービス利用状況 | １　有２　無 | 特別児童扶養手当の受給 | １　有　　　級２　無 | 早期療育奨励金の受給 | １　有２　無 |
| 現在の状況 | 排泄 | １　自立２　一部介助３　半介助４　全介助（おむつ常時着用など） | 使用時間 | １　使用していない２　不定期に使用３　体調不良時に使用４　夜間に使用５　常時使用 |
| 給付上特に希望する事項 |  |
| 備考 | 自宅電話番号（交付状況）前回交付　　　年　　　月　　　日交付決定） |