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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |