

高齢者日常生活用具給付申請書

久留米市長 あて

申請者

(住所)

(氏名)

(生年月日) M・T・S 年 月 日

() 歳

(電話)

なお、サービス利用決定に際し必要とされる下記対象者の世帯構成ならびに身体障害者等に対する日常生活用具の給付状況、要介護認定状況、生活保護受給の有無及び所得の状況について、住民基本台帳・課税台帳、障害者日常生活用具給付台帳、介護保険受給者台帳及び生活保護受給者名簿により確認されることを了承します。

利用対象者 ※申請者と同様の場合は記入不要	氏 名	
	住 所	久留米市
	生年月日	M・T・S 年 月 日 () 歳
	電話番号	
要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> その他 ()	
緊急連絡先	氏名： 住所： 電話番号： 対象者との続柄 ()	
給付申請品目	品目の必要性について ※原則、対象者のケアプランを作成しているケアマネジャー、又は地域包括支援センターの職員等に記載してもらってください。 ※対象者の居住環境や身体状況等、必要性を詳しく記載してください。	
<input type="checkbox"/> 電磁調理器		
<input type="checkbox"/> 火災警報器		
<input type="checkbox"/> 自動消火器		
上記の必要性を記載した者	記入年月日： 年 月 日 事業所名： 電話番号： 職 名： 氏 名：	

