

立川市長 殿

申請者及び申請者の属する世帯の住民基本台帳、所得状況等を公簿等により確認すること
 とに同意のうえ、高齢者日常生活用具の給付を申請します。

年 月 日 対象者署名
(親族署名または押印で代用可)

印

ふりがな			☐ 男	生年	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	
対象者氏名			☐ 女	月日	・	・ 日生 歳
住所	立川市 町					
電話番号	()		FAX・携帯	()		
介護認定	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 非該当(自立) ☐ 要支援(1・2) ☐ 要介護(1・2・3・4・5) (認定日) ・ ・ (期間) ・ ・ ～ ・ ・					
機器種目	非該当	☐ シルバーカー ☐ 歩行支援用具 ☐ 入浴補助用具 ☐ 腰掛便座 ☐ 認定あり ☐ 一般寝台(要支援1・2、要介護1の方のみ) ☐ 洗髪器 ☐ 入浴担架				
日常生活用具を必要とする理由(複数チェック可) ☐ 転倒防止 ☐ 動作の容易性の確保(痛みの軽減) ☐ 行動範囲の確保 ☐ 介護の軽減 (以下には、日常生活が困難な状況を具体的に記入してください。)						
ケアマネジャー		事業所名				
☐ なし ☐ あり		担当者名		電話番号		
添付書類	☐ 見積書 ☐ カタログ ☐ 介護保険証のコピー等 ☐ 減額認定申請書※該当する方のみ					

上記利用対象者以外への連絡を希望する場合はご記入ください

☐ 申請内容の問い合わせ先（下記・ケアマネ） ☐ 決定通知書の送付先（下記・ケアマネ）

(氏名) (続柄) (電話番号)

(住所)

..... 以下は記入しないでください

包括等受付印	課税状況（個人・世帯・非・生保・中・転入・未） 1割負担（あり・なし）					市・受付印
	過去の給付（なし・あり → 平成 年度）					
包括等	上記申請について （ 決定 ・ 却下 ）					
担当者	起案	・	・	担当	係長	課長
	決定	・	・			
	施行	・	・			

限度額：	⇒	基準額	市助成額	自己負担額（計）：
見積額：				一割負担額：
対象額：				超過負担額：
				対象外額：