

高齢者日常生活用具給付申請書

長岡京市長 様

申請者（住所）
 （氏名）
 （電話）
 （続柄）

印

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、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	住所	長岡京市		
	氏名		電話	
生年月日	年 月 日（ 歳）			
介護認定等の状況	<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（ ）※基本情報添付			
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※心臓用ペースメーカーを使用している方は、磁気の影響で誤作動を起こす場合があります。主治医に相談して、使用可能な場合は以下を記入してください。 （ _____ 病院 _____ 先生）の判断により使用可能			
給付申請品目	<input type="checkbox"/> 電磁調理器 <input type="checkbox"/> 安全装置付きガスコンロ <input type="checkbox"/> 電子レンジ			
納入業者名		電話		
所在地				
支払方法	<input type="checkbox"/> 支払いについては、下記の口座に振り込んでください。 <input type="checkbox"/> 高齢者日常生活用具給付として私が受けるべき給付を、納入する事業者等が私に代わり受領することに同意します。			
振 込 口 座	金融機関名		支店名	支店
	種別	1.普通 2.当座 3.その他	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※ 添付書類：申請の対象とする用具のカタログの写し及び見積書
 生計中心者認定についての申出書