

高齢者生活支援型日常生活用具給付申請書

年 月 日

墨田区長 あて

裏面事項に同意の上、高齢者生活支援型日常生活用具の給付を申請します。

記

(給付を受ける者)	住所	墨田区 丁目 番 一 号		
	フリガナ		電話	()
	氏名		生年月日	年 月 日

※ 下記の該当項目の□及び()に、☑及び数字を記入の上、給付希望品目名等を記入してください。

身体状況	<input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 起立困難 <input type="checkbox"/> その他()
介護認定	<input type="checkbox"/> 自立(非該当) <input type="checkbox"/> 要支援()、要介護() <input type="checkbox"/> 未申請
生活保護等の受給	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
老齢福祉年金の受給	<input type="checkbox"/> 受けている (裏面 ※2) <input type="checkbox"/> 受けていない

給付希望品目	(1) 腰掛便座 (2) 入浴補助用具 (3) 歩行支援用具 (4) スロープ (5) シルバーカー	備考(機種名、色等)
--------	--	------------

※ 「老齢福祉年金」とは、国民年金制度が発足した当時(昭和36年4月)、既に高齢であったため、老齢年金受給資格期間を満たすことができない方に対して支給される年金です。大正5年4月1日以前に生まれた方が対象であり、ほかに受給要件があります。

申請受付	高齢者支援総合センター 高齢者みまもり相談室	担当者
事業所名		担当者
電話	()	

【同意事項】

- 1 利用の決定及び交付に係る費用を確定するため、必要な範囲内において、区の関係部課が保有する次の個人情報を確認すること。
 - (1) 申請者及び65歳以上の同一世帯員の所得状況等（※1）
 - (2) 申請者の生活保護等の受給の有無
 - (3) 申請者の老齢福祉年金の受給の有無
 - (4) 申請者が老齢福祉年金受給者の場合、同一世帯員の所得状況（※2）
- 2 申請書に記入した申請者の住所、氏名、電話番号、利用者負担額について、給付業務を委託している業者（協定事業者）へ情報を提供すること。
- 3 申請者の個人情報について、在宅生活の支援に資すると区が判断するものは、必要とする限りにおいて高齢者支援総合センター（地域包括支援センター）等に情報提供すること。

申請者氏名 _____ 印

※1 申請者と同一世帯であり、65歳以上の方の氏名記入・押印をお願いします。

氏名 _____ 印 氏名 _____ 印

氏名 _____ 印 氏名 _____ 印

※2 申請者が老齢福祉年金受給者の場合、同一世帯員の氏名記入・押印をお願いします。

氏名 _____ 印 氏名 _____ 印

氏名 _____ 印 氏名 _____ 印