

## 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

**【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
  - (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 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。
- 4 認定情報を確認できない場合、公用請求又はシルバーカー給付調査票を提出すること。

申請者及び同一世帯員本人が上記事項に同意の上、高齢者生活支援型日常生活用具の給付を申請します。

※ 上記同意事項を確認後、にを記入してください。

|                               |      |     |      |       |
|-------------------------------|------|-----|------|-------|
| 申請者<br><small>（用具使用者）</small> | 住所   | 墨田区 |      |       |
|                               | フリガナ |     | 電話番号 |       |
|                               | 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（            ）<br><input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 |
| 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   |

|             |                                 |                            |
|-------------|---------------------------------|----------------------------|
| 給付品目希望品目を記入 | <input type="checkbox"/> 腰掛便座   | 備考(機種名・色、その他ご要望)           |
|             | <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 |                            |
|             | <input type="checkbox"/> 歩行支援用具 |                            |
|             | <input type="checkbox"/> スロープ   | ※同一品目を再申請される場合は理由を記載してください |
|             | <input type="checkbox"/> シルバーカー |                            |

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

電話番号