

様式第1号

老人日常生活用具給付申請書

年 月 日

八幡浜市長 様

住所 _____
 申請者 氏名 _____
 電話 _____

八幡浜市老人日常生活用具給付事業実施要綱により、老人日常生活用具の給付を申請します。

対 象 者	住 所	八幡浜市		TEL	
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	連絡先*1				
	世帯状況	1 独居世帯	2 高齢者世帯	3 その他	
	住まいの状況	1 自宅	2 借家 (家主の氏名・連絡先)		氏名 _____ 電話 _____
給付を希望する理由					
給付を希望する用具					
① 日常生活自立度 (寝たきり度)					
すべて自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2					
② 痴呆老人の日常生活自立度					
認知症無し I II a II b III a III b IV M					
③ その他特別事項					
申請代行者	事業所名		氏名		
世帯課税状況*2 あり ・ なし					

*1には、緊急の時の連絡先として、親族の連絡先を記入してください。なお、親族のいない者については、民生委員又は近所の協力員の連絡先を記入してください。記入の際には、氏名と連絡先を記入してください。

*2は記入しないでください。