**様式第１号**（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

高齢者自立支援日常生活用具給付申請書

　奥　多　摩　町　長　　殿

申請者　住所

氏名

（利用者からみた続柄　　　　　　　）

電話　　　　　（　　　）

日常生活用具の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 名前 | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日生歳 |
| 住所 | 奥多摩町 | 電話 |  |
| 給付を希望する用具(名称・形式等) |  |
| 緊急連絡先 | 名前又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 家族の状況 | 名　　　前 | 続　柄 | 年　齢 | 生活状況 | 具体的に記入してください。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| その他のサービス利用状況(現在、利用しているサービスに○をつけて下さい。)１　生活支援ヘルパー　　２　配食サービス　　３　生きがい活動支援通所４　緊急通報システム　　５　住宅改修給付　　６　外出支援サービス※　特記事項（身障手帳等所有の有無、介護保険の認定申請の有無等） |