

福祉用具給付等利用申請書

年 月 日

(あて先) 川口市長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 対象者との関係 _____

		受付番号	
対 象 者	住 所	川口市	
	フリガナ		
	氏 名	男 ・ 女	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 生 (歳)	
1.日常生活用具給付		<input type="checkbox"/> シルバーカー〔機種: カラー〕 <input type="checkbox"/> T字杖〔機種: カラー〕 <input type="checkbox"/> 電磁調理器〔機種: 〕 <input type="checkbox"/> ふとん(上等品・中等品) <input type="checkbox"/> 敷布団 <input type="checkbox"/> 敷パット <input type="checkbox"/> 枕 <input type="checkbox"/> 羽毛掛布団 <input type="checkbox"/> 掛布団 <input type="checkbox"/> 肌掛布団 <input type="checkbox"/> 毛布 <input type="checkbox"/> QRコード付き見守りシール	
2.自立支援事業 (6ヵ月以内の貸与事業)		<input type="checkbox"/> 介護ベッド <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝室・居室用 <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 洋式トイレ用 <input type="checkbox"/> 玄関用 <input type="checkbox"/> 上がり框用	
申請理由			(受付印)

担当課使用欄

※受付 長寿支援課 地域包括支援センター ()