

日常生活用具費助成申請書

年 月 日

（あて先）浜松市長

申請者（本人または保護者）

郵便番号（〒 _____ ）

住 所 浜松市 _____

氏 名 _____

（対象者との続柄）

電話番号（ _____ ） _____

下記により日常生活用具費の助成を申請します。

対 象 者	ふりがな			生年月日	年	月	日	
	氏 名							
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ						
	身体障害者手帳	浜松市・静岡県・（ _____ ） 第 _____ 号						
		<input type="checkbox"/> 肢体不自由（上肢・下肢・体幹） <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声言語障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					等級	級
		療 育 手 帳					程度	A・B
	難病等患者	疾患名						
症 状								
介護保険	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（ _____ 年 月） <input type="checkbox"/> 該 当（要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5）							
日 常 生 活 用 具 名	申請用具							
	※居室生活動作補助用具（住宅改修）又は防災支援用具を申請する場合は裏面も記入してください。							
申請理由	<input type="checkbox"/> 要綱の対象要件に該当するため <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> その他（以下に記入してください。） [_____]							
承諾	<input type="checkbox"/> 日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、税務資料、その他について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。							

※申請の際には、見積書、用具の外観や機能がわかるもの（カタログ等）、及び課税証明書（浜松市で所得区分が確認できない場合）を添付してください。

第1号様式その1（裏面）

【居宅生活動作補助用具（住宅改修）記入欄】

居宅生活動作補助用具（住宅改修）を申請する場合は、以下を記入してください。

1 改修場所	<input type="checkbox"/> 1. トイレ <input type="checkbox"/> 2. 玄関 <input type="checkbox"/> 3. 階段 <input type="checkbox"/> 4. 浴室 <input type="checkbox"/> 5. 居室 <input type="checkbox"/> 6. 台所 <input type="checkbox"/> 7. 洗面所 <input type="checkbox"/> 8. その他（ ）
2 改修内容	<input type="checkbox"/> 1 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2 床段差の解消 <input type="checkbox"/> 3 床材の変更 <input type="checkbox"/> 4 扉の取替え <input type="checkbox"/> 5 便器の取替え <input type="checkbox"/> 6 その他（ ）
3 住宅の状況	<input type="checkbox"/> 1 自宅 <input type="checkbox"/> 2 借家（以下欄に家主・敷地所有者の承諾が必要）
4 家主・敷地所有者の承諾	住 所： 氏 名： 連絡先：
5 確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅生活動作補助用具の助成は、原則として1人1回であることを承知しました。

※居宅生活動作補助用具（住宅改修）を申請する際には、見積書、課税証明書（浜松市で所得区分が確認できない場合）に加え、改修予定箇所の写真、改修前及び改修後の予定図面を添付してください。

【防災支援用具記入欄】

防災支援用具のうち、防災ベッドフレーム又は情報機器を申請する場合は1、発電機等・人工呼吸器用外部バッテリーを申請する場合は、1～3を記入してください。

1 申請用具	<input type="checkbox"/> 防災ベッドフレーム <input type="checkbox"/> 発電機等（下記のうち、いずれか1品目を選択） <input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 <input type="checkbox"/> ポータブル電源（蓄電池） <input type="checkbox"/> DC/AC インバーター <input type="checkbox"/> 人工呼吸器用外部バッテリー （人工呼吸器を使用しており、医療保険制度の対象とならない場合に限る） <input type="checkbox"/> 【再助成】人工呼吸器用外部バッテリー （助成を受けてから5年以上経過し、医療保険制度の対象とならない場合に限る） <input type="checkbox"/> 情報機器
2 医療機器の使用状況	<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 吸引器使用 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器使用 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 未使用
3 確認事項	<input type="checkbox"/> 発電機等又は人工呼吸器用外部バッテリーについて、医療機器取扱事業者や医療機関に、使用上の注意を確認しました。 ※本助成により購入した用品の使用による医療機器の故障については、市は責任を負いかねます。 <input type="checkbox"/> 購入する人工呼吸器用外部バッテリーについて、医療保険制度による給付が適用されないことを確認しました。 （医療機関名： ） ※医療保険制度による給付が適用される場合は、助成の対象にはなりません。

※防災支援用具のうち、防災ベッドフレームを申請する際は、見積書、用具の外観や機能がわかるもの（カタログ等）、課税証明書（浜松市で所得区分が確認できない場合）に加え、耐震評点がわかるものを添付してください。