

調 査 書（日常生活用具給付事業）

申請書受理番号 年 月 日		蒲福第 号 年 月 日		申請者 氏 名		対象者との続柄	
対象者	氏 名				生年月日	年 月 日生( 歳)	
	住 所						
	身体障害者 手帳番号	第 号	障害名				障害 等級
世帯の 状況	氏 名		年齢	対象者 との 続 柄	課 税 状 況		備 考
					課税区分	市民税 所得割	
	-----						
	-----						
	-----						
非課税世帯	氏 名	地方税法上の合計所得		公的年金	手当	合計	
世帯区分		1. 生活保護 (2. 低所得1 3. 低所得2) 4. 一般					
		世帯範囲の特例に関する認定		有 ・ 無			
住まいの状況		1. 自家 2. 借家（貸主の諾否）					
生活保護への移行予防措置に関する認定		有 ・ 無		施設入所の申請	有 ・ 無		
介護保険の適用		有 ・ 無		日常生活用具給付の必要	有 ・ 無		
給付する(しない)理由							
給付する用具(型)							
見 積 額		円	基 準 額		円		
利用者負担額		円	公 費 負 担 額		円		
月額負担上限額		円	月 額 余 剰 額		円		
その他 特記事項							
年 月 日		調査員 役職名 氏 名					