

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	
		電話 ()	
	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		☐ シルバーカー〔機種: カラー〕 ☐ T 字杖 〔機種: カラー〕 ☐ 電磁調理器 〔機種: 〕 ☐ ふとん (上等品・中等品) ☐ 敷布団 ☐ 敷パット ☐ 枕 ☐ 羽毛掛布団 ☐ 掛布団 ☐ 肌掛布団 ☐ 毛布 ☐ QR コード付き見守りシール	
2.自立支援事業 (6 ヶ月以内の貸与事業)		☐ 介護ベッド ☐ 手すり ☐ 車椅子 ☐ 寝室・居室用 ☐ 洋式トイレ用 ☐ 玄関用 ☐ エアーマット ☐ 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 ()