

点字図書発行証明書

給付対象者

氏 名

住 所

電 話 番 号

給付申請図書

図 書 名

出版施設名

価 格

巻 数

自己負担額

給付証明書

上記の点字図書を給付することを証明する。

年 月 日

大府市社会福祉事務所長

日常生活用具給付申請書

年 月 日

大府市社会福祉事務所長 殿

申請者（満18歳未満の者については保護者）

住所

氏名 ㊟

対象者との続柄（ ）

電話番号（ ） -

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

※申請者と対象者が同じ場合、太枠内の住所・氏名・電話番号の記入は不要です。						
対 象 者	住 所	大府市 町				
	ふりがな					
	氏 名	男・女	生 年 月 日			
			M/T/S/H	年 月 日 生 歳		
障害者手帳番号	愛知県 第 号 年 月 日交付					
障 害 名	種 級 / 判定					
給付を受けたい用具の名称	業 者 名					
給付を希望する理由						
住 い の 状 況	住 宅	自宅・借家	浴 槽	和式・洋式	便 器	和式・洋式・携帯用
介 護 の 状 況	特殊マット・特殊尿器		常時介護を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	入浴担架・入浴補助用具		入浴時に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	体位変換器		下着交換等に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	移動・移乗支援用具		家庭内の移動に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない			
	特殊便器		排便後の処理が困難で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない（知的のみ）			
	透析液加温器		自己連続携行式腹膜灌流法（CAPD）による透析療法を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない			
	酸素ボンベ運搬車		在宅酸素療法を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない			
	点字タイプライター		<input type="checkbox"/> 就労している（見込み含む。） <input type="checkbox"/> 就学している			
盲人用時計（音声時計）		手指の触覚に障害が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
備 考						

（注意）この申請をされる方で、当該年1月1日時点で大府市に住民票のない方は、前住所地の市町村が発行する対象者及び同一世帯に属する者の「前年度分の市町村民税の課税額を証明する書類」を添付すること。