

日常生活用具給付申請書(ストーマ装具)

年 月 日

(宛先) 津市長

申請者 住所

氏名 ㊟

対象者との続柄

電話番号 - -

※ 日中連絡の取れる番号

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		
	障害名	<input type="checkbox"/> 直腸機能障がい <input type="checkbox"/> 膀胱機能障がい <input type="checkbox"/> 直腸機能・膀胱機能障がい <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	障害等級	級	生活保護受給の有無	有 ・ 無	
配偶者の状況	氏名	生年月日	住所 (対象者と異なる場合は記入してください)		
給付希望月	月 ~ 月分 ( か月分)				
給付を受けたい用具	<input type="checkbox"/> ストーマ装具 <input type="checkbox"/> 紙おむつ	<input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> 腸 (2か所)	<input type="checkbox"/> 膀 <input type="checkbox"/> 膀 (2か所)	<input type="checkbox"/> 腸膀 <input type="checkbox"/> 膀 (2か所)	※ ストーマを選択された方はいずれかにチェック
品名	品番及び希望する形式規模等				
				個数	個・箱
				個数	個・箱
				個数	個・箱
				個数	個・箱
				個数	個・箱
希望する業者名		受取方法 (どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 配送		
配送を希望される場合 (どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ( )				
給付額の希望 (どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 基準額以内を希望 <input type="checkbox"/> 基準額超過分は自己負担有で可				
備考					

添付書類 1 本人及び配偶者の前年の市町村民税の課税額証明する書類

2 本人及び配偶者の前年の収入を証明する書類

下記の同意書に御記入いただければ、添付は不要です。ただし、当該年度の1月1日以降に転入された方は、必ず添付をお願いします。

同意書

この申請書に係る事務を行うため、私及び配偶者に関する個人情報(住民基本台帳情報及び税情報)を利用することに同意します。

年 月 日

本人 氏名 ㊟

配偶者 氏名 ㊟

※自署の場合は押印不要です。