児童用　　　　日常生活用具給付申請書(紙おむつ)

　　年　　月　　日

　（宛先）津市長

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　保護者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年 　月 　日生 | | | | |
| 住　所 | □申請者と同じ | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | |  | | | | | | 療育手帳番号 | | | | |  | |
| 障害名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 障害等級　　　　級 | | | | | | | 生活保護受給の有無 | | | | | | | | 有 ・ 無 |
| 世帯の状況 | 氏　　　名 | | | | 対象者との  続柄 | 生年月日 | | | | | 職　業 | | 備　考 | | | |
|  | | | |  |  | | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  |  | | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  |  | | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  |  | | | | |  | |  | | | |
|  | | | |  |  | | | | |  | |  | | | |
| 給付希望月 | | | | | 紙おむつ　　月～　　月分（　　か月分） | | | | | | | | | | | |
| 品　　　　　名  （メーカー名及び商品名を詳しく記入） | | | | | | | サイズ | | | | | | | 単位 | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | 袋　（　　入） | | |
|  | | | | | | | **月数をご記入ください** | | | | | | | 袋　（　　入） | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | 袋　（　　入）  **月数をご記入ください** | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | 袋　（　　入） | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | 袋　（　　入） | | |
| 希望する業者名 | | | |  | | | 受取方法  (いずれかにチェック) | | | | | | | □店舗 　□配送  (□一括　□分割　回） | | |
| 給付額の希望  (どちらかにチェック) | | | | □基準額以内を希望  □基準額超過分は自己負担有で可 | | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類　対象者世帯全員の前年の課税額を証明する書類(下記に同意いただける場合は不要です。) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書  　この申請書に係る事務を行うため、私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報）を利用することに同意します。  　年　　月　　日　　　　　　　　　　世帯主氏名　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※同意書は、世帯全員についてご記入ください。

※自署の場合は押印不要です。

児童用　　　　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　保護者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | | |
| 住　所 | □申請者と同じ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | |  | | | | | | | 療育手帳番号 | | | | |  | |
| 障害名 | | □直腸機能障がい　□膀胱機能障がい　□直腸機能・膀胱機能障がい  □その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害等級　　　　級 | | | | | | | | 生活保護受給の有無 | | | | | | | | 有 ・ 無 |
| 世帯の状況 | 氏　　　名 | | | | | 対象者との続柄 | 生年月日 | | | | | 職　業 | | | 備　考 | | |
|  | | | | |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  |  | | | | |  | | |  | | |
| 給付希望月 | | | | | | ストーマ装具 　月～ 　月分（ 　か月分） | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | □店舗  □配送 | | | |
| 給付額の希望  (どちらかにチェック) | | | | | □基準額以内を希望  □基準額超過分は自己負担有で可 | | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類　対象者世帯全員の前年の課税額を証明する書類(下記に同意いただける場合は不要です。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書  　この申請書に係る事務を行うため、私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報）を利用することに同意します。  　年　　月　　日　　　　　　　　　　　世帯主氏名　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※同意書は、世帯全員についてご記入ください。

※自署の場合は押印不要です。