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 | □申請者と同じ | | | | | | | 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 |
| 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 | | | | □ ストーマ装具  □ 紙おむつ | | □ 腸　　　　 □膀　　　　□ 腸膀  □ 腸（2か所）　□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) | | | | | | □店舗  □配送 | | |
| 配送を希望される場合  (どちらかにチェック) | | | | □自宅  □自宅以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 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　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。