

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 印

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)	
					袋 (入)	
					袋 (入)	
					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 印 印 印
--

※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。