

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。