

地域生活支援日常生活用具給付申請書

(宛先) 小牧市福祉事務所長

次のとおり申請します。

なお、必要な場合は、小牧市において世帯状況、市税等に関する課税資料(必要に応じ、世帯全員分を含む)を確認することを承諾します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		性別	生年 月日	大正 昭和 平成	年 月 日
氏名	個人番号:	男 女			
住所	電話番号 給付対象者との続柄 ()				
フリガナ		性別	生年 月日	平成 令和	年 月 日
児童氏名	個人番号:	男 女			
身体障害者手帳	愛知県・() 県・市 第 () 号 (級)	障 害 名	<input type="checkbox"/> 膀胱・直腸障害 <input type="checkbox"/> その他 ()		
療育手帳等	愛中央児・愛春日児・() 第 () 号 (A・B・C)				

給付用具

給付希望用具名	ストマ用装具 (蓄尿・蓄便)・紙オムツ	適用 (月～ 月分) (月～ 月分) (月～ 月分)
	その他	
給付希望業者		
給付上の希望		
備考	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 一般	

※ストマ装具等は、1回の申請で6か月分までとする。