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 | | | □膀胱・直腸障害  □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 | | ストーマ用装具（消化器系・尿路系）  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 | | □生保　　□低　　□一般 | | | | | | | | | |

※ストーマ装具等は、１回の申請で６か月分までとする。