

記入例

【児童・身体障害者手帳及び療育手帳所持 ストーマ装具・紙おむつの申請の場合】

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 令和 7 年 8 月 1 日

フリガナ	コマキ タロウ	性別	生年 月日	大正 昭和 3 年 1 月 1 日 平成
氏 名	小牧 太郎 個人番号：123456123456	男 女		
住 所	小牧市堀の内三丁目 1 番地 電話番号 0 5 6 8 - 7 6 - 1 1 2 7 給付対象者との続柄 (父)			
フリガナ	コマキ ハナコ	性別	生年 月日	平成 令和 3 年 1 月 1 日
児 童 氏 名	小牧 花子 個人番号：654321654321	男 女		
身体障害者手帳	愛知県・() 県・市 第 12345678 号 (1 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 12345 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 (8 月 ~ 9 月分) (月 ~ 月分) (月 ~ 月分)
	その他	
給付希望業者	※業者名	
給付上の希望	※希望があれば記入してください。	
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。