

記入例

【身体障害者手帳所持 その他の用具の申請の場合】

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	大正
氏 名	小牧 太郎	男	月 日	昭和 30 年 1 月 1 日
	個人番号：123456123456	女		平成
住 所	小牧市堀の内三丁目1番地			
	電話番号 0568-76-1127 給付対象者との続柄(本人)			
フリガナ		性別	生年	平成
児 童 氏 名		男	月 日	年 月 日
	個人番号：	女		令和
身体障害者手帳	愛知県・() 県・市 第12345678号(1級)	障	☐ 膀胱・直腸障害	
療育手帳等	愛中央児・愛春日児・() 第 号(A・B・C)	害 名	☒ その他 (※手帳に記載されている障害名)	

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 ※用具名	
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。