

（表面）

日常生活用具給付申請書

年 月 日

尾道市福祉事務所長 様

（申請者）

住 所

氏 名

生年月日 T・S・H 年 月 日

電 話 — —
（日中連絡が取れるもの）

次のとおり日常生活用具の給付の申請をします。

日常生活用具の給付の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他の給付決定に必要な資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所			□申請者 に同じ。
	名 前			
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日	
☐ 身体	手帳番号	市・県 第 号		
☐ 療育	交付年月日	T・S・H・R	年 月 日	
☐ 精神	障害名又は	☐ 直腸機能障害 ☐ ぼうこう機能障害		
☐ 難病	障害程度	☐ 高度の排便・排尿機能障害又は脳原性運動機能障害 ☐ その他（ ・ 級 ）		
給付を受けたい用具の名称		【区分：□ストマ装具（便） □ストマ装具（尿） □紙おむつ 】		
希望月数		か 月分 （ 月 ～ 月 ）		
希望する業者				
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上		
備 考		☐ 対象者住所以外に決定通知書の送付を希望する 宛先 〒 宛名 ☐ ダブルストマ造設 ☐ 基準額以内で希望 ☐ 業者と相談希望 ※後日発送する決定通知の内容変更は不可です。十分にご注意ください。		