

（表面）

**記載例**

日常生活用具給付申請書

令和6年7月1日

尾道市福祉事務所長 様

（申請者）

住 所 尾道市久保一丁目15番1号

氏 名 尾 道 花 子

**押印不要**

**対象者氏名を記入  
（対象者が18歳未満  
の場合は保護者）**

生年月日 T・S・H 30年 3月 3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	同上		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ。	
	名 前	尾 道 太 郎			
	生年月日	T・S・H・R 2年 4月 1日			
<input type="checkbox"/> 身体	手帳番号	尾道	市・県	第 1111号	<input type="checkbox"/> 手帳の情報を記入してください。
<input type="checkbox"/> 療育	交付年月日	T・S・H・R 2年 4月 1日			
<input type="checkbox"/> 精神	障害名又は	<input checked="" type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 高度の排便・排尿機能障害又は脳原性運動機能障害			
<input type="checkbox"/> 難病	障害程度	<input type="checkbox"/> その他（ . 級 ）			
給付を受けたい用具の名称	・【商品名】【商品番号】【数量】【単位】を記入してください。 【区分： <input checked="" type="checkbox"/> ストマ装具（便） <input type="checkbox"/> ストマ装具（尿） <input type="checkbox"/> 紙おむつ】				
希望月数	○か月分（△月～□月）				
希望する業者	業者名を記入				
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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ダブルストマ造設 <input type="checkbox"/> 基準額以内で希望 <input type="checkbox"/> 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。				

・対象者が18歳以上の場合は、右側の「申請者に同じ」の口に✓してください。

・手帳の情報を記入してください。

・【商品名】【商品番号】【数量】【単位】を記入してください。

・該当する場合を✓してください。送付先がある場合は必ず宛先と宛名をご記入ください。