

日常生活用具給付申請書 (特例用具)

年 月 日

(宛先)湖西市福祉事務所長

申請者(保護者)

住 所

氏 名



(署名又は記名押印)

個人番号

(対象者(児)との続柄)

T E L

下記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

なお、日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、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(児)	住所(居住地)	〒				
	ふりがな					
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	年 月 日				
	身体障害者手帳	手帳番号	第	号	交 付	年 月 日
		障害名		級	年 月 日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 直腸機能障害	___	級	<input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害
<input type="checkbox"/> 排泄機能障害			___	級	<input type="checkbox"/> 音声・言語機能障害	___
<input type="checkbox"/> 聴覚・平行機能障害			___	級	<input type="checkbox"/> 下肢・体幹機能障害	___
<input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害(移動性運動機能)	___		級			
<input type="checkbox"/> その他()	___	級				
療育手帳	手帳番号	第	号	障害程度	A ・ B	
難病疾患名				症状		
給 付 申 請	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続					
給 付 希 望 理 由	<input type="checkbox"/> 給付要件に該当するため <input type="checkbox"/> 別添「日常生活用具医師診断書」の記載内容と変化なし					
給 付 希 望 用 具 品 目	<input type="checkbox"/> 蓄便袋 <input type="checkbox"/> 蓄尿袋 <input type="checkbox"/> 収尿器 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 埋込型人工喉頭用人工鼻 <input type="checkbox"/> その他()					
給 付 希 望 期 間	月から 月分 ※最大6ヶ月分、過去の分は不可					
購 入 希 望 業 者 名	<input type="checkbox"/> 見積書の業者と同じ <input type="checkbox"/> その他()					