

日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日				
関市社会福祉事務所長 様				
(申請者) 住 所.....				
氏 名.....				
対象者との続柄 本人 ・ (.....)				
電 話.....				
下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。				
日常生活用具の給付申請の決定のため、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	住 所	(☐ 同上)		
	フリガナ 氏 名	(☐ 同上)	個 人 番 号	
	生年月日	(S ・ H ・ R) 年 月 日	電 話 番 号	
身 体 障 害 者 手 帳 障 害 名	手帳番号		交付年月日	(H ・ R) 年 月 日
	障害種別		障害等級	
	(障害内容)			
	☐ 泌尿器系疾患（ストマ）による社会での日常生活活動が著しく制限されるぼうこう機能障害 ☐ 消化器系疾患（ストマ）による社会での日常生活活動が著しく制限される直腸機能障害			
購入・修理を受ける 日常生活用具	ストマ (月 ～ 月)			
希 望 す る 日 常 生 活 用 具 業 者	名 称			
	所 在 地			
	電 話		FAX	
該当する所得区分	1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 一定所得以上			
生活保護への移行予防措置に関する認定	☐ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			
備 考				