

日常生活用具給付申請書

●●年 ●月 ●日

世羅町長 様

(申請者) 世羅郡世羅町大字
 住所 ●●-●
 氏名 世羅 太郎
 個人番号 ●●●●●●●●
 (対象者との続柄 本人)

※申請者様のご住所・ご氏名・対象者様との続柄(妻、子など)

次により日常生活用具の給付を申請します。また、この申請に係る自己負担額等の決定のため、私の属する世帯の課税状況等を閲覧することに同意します。

対象者	住所	〒●●●●-●●●●● 世羅郡世羅町大字●●●●●				
	ふりがな氏名	せら たろう 世羅 太郎 (個人番号)●●●●●				
	生年月日	●●年 ●月●●日生 (●歳)	電話			
	身体障害	身体障害者手帳番号 第●●●●●●号	●●年 ●月 ●日交付		障害者手帳内容確認者職氏名印	
		障害名 ■疾病による直腸機能障害 □疾病によるぼうこう機能障害	障害等級 ●級			
	知的障害	療育手帳番号	判定年月日 年 月 日	障害の程度		
	精神障害	精神障害者保健福祉手帳番号	判定年月日 年 月 日	障害の程度 級		
世帯の状況	世帯構成員 氏名	続柄	生年月日	本年度の町民税所得割額	生保適用の有無	備考(対象者に対する介護の状況等)
		世帯主			有・無	課税・非課税
					有・無	課税・非課税
					有・無	課税・非課税
					有・無	課税・非課税
給付を希望する理由	■腸管のストマを持つため □尿路変向(更)のストマを持つため					
給付を受けたい用具の種目	ストマ (5~6 月分)		希望する型式・規模等	商品番号・個数 (何か月で何個)		
給付上特に希望する事項	給付を受けたい月(最大6か月まで申請可能)					
備考	希望する業者					

日中繋がるご連絡

商品番号・個数 (何か月で何個)

給付を受けたい月(最大6か月まで申請可能)

希望する業者

送付先を変更する場合等