

# 日常生活用具交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先)千曲市長

下記より、日常生活用具の給付を申請します。  
また、私の世帯に係る住民登録資料、課税台帳等関係資料について費用負担額認定のため、各関係機関に福祉課が調査、照会、閲覧することを承諾します。  
支給決定の際、日常生活用具支給決定通知書の写しを見積り業者に送付することを承認します。

申請者 住所 千曲市 杭瀬下2丁目1番  
氏名 千曲 太郎  
対象者との続柄 ( 本人 )  
電話 026 ( 273 ) 1111

※申請者は障がい者本人。ただし18歳未満は保護者

対象者	ふりがな氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日 ( ○歳)
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 千曲市		申請者と同じであれば <input checked="" type="checkbox"/> 18歳未満は保護者の氏名・住所記載	
	身体障害者手帳	長野県 県・市	第 ○○○ 号	昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	交付
	療育手帳/精神保健福祉手帳		第 号	昭和・平成・令和 年 月 日	交付
	障害名 ※該当に○ 等級記入	直腸・膀胱( 4級)、心臓( 級)、呼吸器( 級) 視覚( 級)、聴覚( 級)、音声言語( 級) 上肢( 級)、下肢( 級)、体幹( 級) A1・A2、精神障害( 級)、難病 その他( )		障害等級 (身体のみ)	2種 4級
	疾患名 ※難病患者の方のみ記載				
世帯員の状況	住まい	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 (施設名: ) <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名: 退院予定 年 月)			
	氏名	年齢	続柄	職業等の状況	備考(介護の状況)
	千曲 太郎	○○	本人	会社員	
千曲 花子	○○	妻	主婦		
紙おむつ等・蓄便袋・蓄尿袋の申請は2か月毎、1回の申請につき最長6か月分の申請ができます。 給付を希望する頭の月の1か月前から当月20日までに申請書類をご提出ください。					
給付を受けたい用具の名称	紙おむつ等・蓄便袋・蓄尿袋 ○年 ○月 ~ ○年 ○月分				
給付希望の理由	『ストマ増設者のため』等理由を記載してください。				
備考(業者等)	株式会社 ○○ 見積書はご自身で業者に作成を依頼してください。 見積書業者から直接市役所へ郵送する場合は、業者名と『見積書業者より郵送』と記入してください。				