

日常生活用具給付等申請書

令和 年 月 日

尾道市福祉事務所長 様

（申請者）

住 所 尾道市

氏 名

対象者との続柄 （ ）

電 話 （ ） — —

次のとおり日常生活用具の給付等の申請をします。

日常生活用具の給付等の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他資料について、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	尾道市		□ 申請者 に同じ
	名 前			
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 身体	手帳番号	市・県 第 号		
<input type="checkbox"/> 療育	交付年月日	S・H・R	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 精神	障害名又は 障害程度	□直腸機能障害 □ぼうこう機能障害		
<input type="checkbox"/> 難病		□高度の排便・排尿機能障害又は脳原性運動機能障害 □その他（ 級 ）		
給付等を受けたい 用具の名称	【 <input 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				
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	□送付先あり [] □ダブルストマ造設			

(裏面)

調 査 書

世帯員の状況	名 前	対象者との 関係	生年月日	課税状況	
				課税区分	市民税 所得割
世帯区分	1 生活保護 2 低所得 3 一般 4 一定所得以上				