

（表面）

記載例

日常生活用具給付等申請書

令和4年4月1日

尾道市福祉事務所長 様

（申請者）

住所 尾道市久保一丁目15番1号

氏名 尾道太郎

押印不要

対象者との続柄 （夫）

電話 （080）1234-5678

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	同上			申請者に同じ
	ふり名 がな前	おの みち はな こ 尾道花子			
	生年月日	T (S) H · R 30 年 3 月 3 日			
<input checked="" type="checkbox"/> 身体	手帳番号	尾道 (市) · 県 第 1111 号			申請者に同じ
<input type="checkbox"/> 療育	交付年月日	S (H) R 31 年 3 月 1 日			
<input type="checkbox"/> 精神	障害名又は 障害程度	<input checked="" type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 高度の排便・排尿機能障害又は脳原性運動機能障害 <input type="checkbox"/> その他（ 級 ）			
<input type="checkbox"/> 難病					
給付等を受けたい用具の名称	品名	品番	発注数量	発注単位	
	ユーケアーTD45アルケア	17466	5	箱	
	・【商品名】【商品番号】【数量】【単位】を記入してください。 ・前回の注文時と同内容で商品を注文する場合は「前回と同じ」と記入してください。				
	・該当する用具の種類に✓してください				
【区分： <input checked="" 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	業者名を記入			必要月数を記入してください。	
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	<input type="checkbox"/> 送付先あり [対象者の住所以外に通知書、商品を送付する場合は記入してください。]				
	<input type="checkbox"/> ダブルストマ造設 [該当する場合を✓してください。]				