

日常生活用具給付申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 山武市長

(申請者)

住 所

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申請をします。

日常生活用具給付申請の決定のため、対象者の属する世帯の住民登録資料、市民税の課税状況について、山武市が保有する情報を確認することを承諾します。

対 象 者	住 所	(申請者と同じ <input type="checkbox"/> )					
	フリガナ 氏 名	(申請者と同じ <input type="checkbox"/> )					
	個人番号						
	生年月日	年	月	日	性別		電話
障 害 者 手 帳	手帳番号	第 号		交付年月日		年 月 日	
	障害種別			障害等級			
	障害名	排便機能障害 ・ 排尿機能障害					
疾 患 名							
給付を受けたい 用具の名称	ストマ用装具(蓄便袋 ・ 蓄尿袋)						年 月分～
住まいの状況	1 自宅(持家) <del>2 貸家(貸主の承諾 有・無)</del>						
希 望 す る 業 者	名 称						
	所在地						
	電 話				FAX		
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上						
生活保護への移行 予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。						