

児童用 日常生活用具給付申請書(紙おむつ)

年 月 日

(宛先) 津市長

申請者 保護者住所

保護者氏名 印

電話番号 - -

※ 日中連絡の取れる番号

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日生	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		
	障害名				
	障害等級	級	生活保護受給の有無	有・無	
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考
給付希望月		紙おむつ 月～ 月分 (か月分)			
品名 (メーカー名及び商品名を詳しく記入)		サイズ		単位	
				袋 (入)	
				袋 (入)	
				袋 (入)	
				袋 (入)	
				袋 (入)	
希望する業者名		受取方法 (いずれかにチェック)		<input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 配送 (<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割 回)	
給付額の希望 (どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 基準額以内を希望 <input type="checkbox"/> 基準額超過分は自己負担有で可				
備考					

添付書類 対象者世帯全員の前年の課税額を証明する書類(下記に同意いただける場合は不要です。)

同意書 この申請書に係る事務を行うため、私の世帯に関する個人情報(住民基本台帳情報、税情報)を利用することに同意します。 年 月 日 世帯主氏名 印 印 印
--

※同意書は、世帯全員についてご記入ください。

※自署の場合は押印不要です。

児童用

日常生活用具給付申請書(ストーマ装具)

年 月 日

(宛先) 津市長

申請者 保護者住所

保護者氏名 ㊟

電話番号 - -

※ 日中連絡の取れる番号

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名			生年月日	年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	身体障害者 手帳番号			療育手帳番号	
	障害名	<input type="checkbox"/> 直腸機能障がい <input type="checkbox"/> 膀胱機能障がい <input type="checkbox"/> 直腸機能・膀胱機能障がい <input type="checkbox"/> その他 ()			
	障害等級	級	生活保護受給の有無		有・無
世帯の 状況	氏名	対象者との 続柄	生年月日	職業	備考
給付希望月		ストーマ装具 月～ 月分 (か月分)			
品名			品番及び希望する形式規模等		
			個数 個・箱		
			個数 個・箱		
			個数 個・箱		
			個数 個・箱		
			個数 個・箱		
希望する業者名				受取方法 (どちらかにチェック)	<input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 配送
給付額の希望 (どちらかにチェック)		<input type="checkbox"/> 基準額以内を希望 <input type="checkbox"/> 基準額超過分は自己負担有で可			
備考					

添付書類 対象者世帯全員の前年の課税額を証明する書類(下記に同意いただける場合は不要です。)

同意書		
この申請書に係る事務を行うため、私の世帯に関する個人情報(住民基本台帳情報、税情報)を利用することに同意します。		
年 月 日	世帯主氏名	㊟
		㊟
		㊟

※同意書は、世帯全員についてご記入ください。

※自署の場合は押印不要です。