

様式第1号（第5条関係）

（表）

日常生活用具給付申請書							
（宛先）紀の川市福祉事務所長 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="margin-top: 10px;"> 申請者 住所 氏名 対象者との続柄 電話・FAX () </div>							
次により日常生活用具の給付を申請します。 日常生活用具給付費の支給要件の確認と自己負担額算出のため、対象者の世帯の住民登録資料、課税資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することに同意します。 なお、以上の内容について、下記の世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。							
対象者	フリガナ		男	生年	年 月 日	歳	
	氏名		女	月日			
	住所	紀の川市					
	個人番号						
	施設入所の有・無 （入所予定の有・無）※有の場合、施設の名称：						
	入院等の有・無 （入院予定の有・無）※有の場合、病院等の名称：						
世帯の状況	氏名	性別	個人番号	続柄	生年月日	備考	
		男・女			年 月 日(歳)		
		男・女			年 月 日(歳)		
		男・女			年 月 日(歳)		
		男・女			年 月 日(歳)		
障害者手帳等	[身体障害者手帳] （障害等級： 級） （障害名： ）						
	（手帳番号： 第 号） （交付日： 年 月 日）						
	[療育手帳] （障害程度： ）						
	（手帳番号： 第 号） （交付日： 年 月 日）						
	[精神障害者保健福祉手帳] （等級： 級）						
（手帳番号：第 号） （交付日： 年 月 日）							
[特定疾患医療受給者証等] ※受給者証等をお持ちでない方は、疾患名のみご記入ください。							
（番号 : ） （疾患名： ）							
[自立支援医療受給者証（精神通院）]							
（受給者番号： ） （有効期間： 年 月 日～ 年 月 日）							

（※裏面にもご記入ください。）

(裏)

①希望する用具

<input type="checkbox"/> ストーマ用装具（消化器系）	必要 月分	年 月分から
<input type="checkbox"/> ストーマ用装具（尿路系）		年 月分まで
<input type="checkbox"/> 紙おむつ I・II		(計 月分)
<input type="checkbox"/> その他	用具名：	

* 介護保険法等に基づく給付等が優先されます。

②希望理由	
③給付後の介護 の状況	日常生活動作の状況 (入浴・排便・移動・その他 該当する動作に○) 1 自力でできるようになる 2 給付しても全介護 3 給付しても一部介護 4 その他()
④希望事業者名	

⑤確認事項

ストーマ用装具及び紙おむつ I・II の給付申請をされる方へ 上記必要月分について、年度内（3月31日まで）に、全て受領することができますか。 (※年度以内に受領できない月分については、次年度4月1日以降に申請していただくこと になります。)
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない