

日常生活用具給付（貸与）申請書

申請日 令和 年 月 日

玉東町長 様 (申請者)

住 所
氏 名
対象者との続柄
電 話

下記のとおり日常生活用具の給付（貸与）申請をいたします。

日常生活用具給付（貸与）申請に係る決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、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	フリガナ		生年月日	年 月 日	□申請者に同じ
	氏 名				
	住 所	電 話			
身体障害者手帳		手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
		障害種別	種	障害等級	級
障害名または疾患名		<input 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 ） <small>（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと）</small>			
給付(貸与)を受ける日常生活用具名		<input type="checkbox"/> ストマ用装具（消化器系・尿路系・紙おむつ等） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
給付(貸与)を希望する理由		日常生活上必要とするため			
希望する業者		<input type="checkbox"/> 別紙、提出見積書のとおり。			
		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。			
給付(貸与)上特に希望する事項					
備 考		役場記入欄			
		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 手帳確認 <input type="checkbox"/> 書類確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）			