

(様式第1号)

## 日常生活用具給付申請書

記入例

平成●●年●●月●●日

安芸高田市長 様

申請者住所 安芸高田市●●●町●●●番地

氏名 高田 花子

印

対象者との続き柄( 母 )

連絡先 ●●- ●●●●●

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。  
なお、日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料そのほかについて、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

※太枠の中を対象者について記入してください

住所及び 連絡先	安芸高田市●●●町●●●番地 (連絡先●●-●●●●●)		
フリガナ	タカ タロウ	生年月日	明・大・昭・平 ●●年●●月●●日
氏名	高田 太郎	年齢	●●歳
所持している 手帳及び内容	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証・登録者証	手帳番号	広島 <sup>県</sup> 市 第123456号 交付年月日 昭・平●●年●●月●●日
	障害程度 及び 障害名 (病名)	(注1) 身体障害者手帳の場合、障害名も記載してください。 (注2) 難病患者等で特定疾患医療受給者証・登録者証等をお持ちでない場合、病名のみを記載して下さい。 <b>疾病による直腸機能障害</b> (等級 4 級)	
希望する用具	プロケア2 FA40 3箱 ※ストーマ用装具は商品名、個数、用具の使用月数も記入してください ⇒ ( 1 か月分)		
希望業者	●●産業・●●医療 ●●支店		
生活保護の 移行予防措置	<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。		
世帯の考え方	18歳以上の障害者の場合(施設に入所する18、19歳を除く)は障害のある方とその配偶者を同一世帯と扱います。障害児の場合(施設に入所する18、19歳を含む)保護者の属する住民基本台帳での世帯が同一世帯となります。		

該当する所得区分 生活保護 ・ ( 低所得1 ・ 低所得2 ) ・ 一般 ・ 一定所得以上

(様式第1号)

## 日常生活用具給付申請書

平成 年 月 日

安芸高田市長 様

申請者住所 安芸高田市 町

氏名 (印)

対象者との続き柄( )

連絡先

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。  
なお、日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料そのほかについて、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

※太枠の中を対象者について記入してください

住所及び 連絡先	安芸高田市 町 (連絡先 )			
フリガナ			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名			年齢	歳
所持している 手帳及び内容	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証・登録者証
	手帳番号	県 市 第 号	交付年月日	昭・平 年 月 日
	障害程度 及び 障害名 (病名)	(注1) 身体障害者手帳の場合、障害名も記載してください。 (注2) 難病患者等で特定疾患医療受給者証・登録者証等をお持ちでない場合、病名のみを記載して下さい。  (等級 級)		
希望する用具	※ストーマ用装具は商品名、個数、用具の使用月数も記入してください ⇒ ( か月分)			
希望業者				
生活保護の 移行予防措置	<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。			
世帯の考え方	18歳以上の障害者の場合(施設に入所する18、19歳を除く)は障害のある方とその配偶者を同一世帯と扱います。障害児の場合(施設に入所する18、19歳を含む)保護者の属する住民基本台帳での世帯が同一世帯となります。			

該当する所得区分	生活保護 ・ ( 低所得1 ・ 低所得2 ) ・ 一般 ・ 一定所得以上
----------	--------------------------------------