様式第９号の１（第１６条関係）

日常生活用具給付申請書

　　年　　月　　日

（あて先）駒ヶ根市福祉事務所長

申請者（対象者）

|  |
| --- |
| 住　所 駒ヶ根市  |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電　話　　　　　―　　　　　　― |

下記により　日常生活用具の給付を申請します。

なお、日常生活用具費の自己負担額算定のため、私および配偶者、以下の世帯員全員について

住民登録資料、市税等課税資料を閲覧することに同意します。なお、上記について個人番号による照会を行うことに同意いたします。

以上の内容については次の世帯員全員の承諾を得ています。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 　 |  | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 歳 |
|  |
| 住　所 |  | 行政区（　　　　　区　　　　　　） |
| 身体障害者手帳番号 | 長野県　第　　　　　号 | 年　　月　　日　交付　　 |
| 障がい名 |  | 障がい等級 | 級  |
| 世帯の状況 | 氏名　　　　　　　　　　　　　対象者との関係　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　対象者との関係　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　対象者との関係　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　対象者との関係　　　　　 |
| 給付（貸与）を受けたい用具の名称 | ストーマ装具（ 消化器系 ・ 尿路系 ） （　　　 　　　月分） |
| 用具の業者名 |  |
| 見積パターン | 　 |
| 　　備考（送り先等） |  |