

様式第1号（第3条関係）

御殿場市障害者等日常生活用具給付（貸与）申請書

年 月 日

御 殿 場 市 長 様

(申請者)

住 所 御殿場市

氏 名 印

個人番号 ※提供済

対象者との続柄 ()

電 話

日常生活用具の給付（貸与）を受けたいので、次のとおり申請をします。

日常生活用具給付（貸与）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所	御殿場市					
	フリガナ 氏 名						
	個人番号	※提供済					
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女	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 名				障害等級	級	
療 育 手 帳	手帳番号	第	号	交付年月日	年 月 日		
	障 害 の 程 度	A ・ B ・ その他 ()					
疾 病 名							
現 在 の 居 所	在宅・病院(退院予定 年 月)・施設()・その他()						
給付(貸与)を受けたい用具の名称	<input type="checkbox"/> コロストーマ <input type="checkbox"/> ウロストーマ <input type="checkbox"/> 紙オムツ 年 月～ 年 月分 (か月分)						
給付を希望する理由	<input type="checkbox"/> ストーマ造設者 <input type="checkbox"/> 高度の排泄機能障害 <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害かつ意思表示困難者						
希望する事業者名							
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。						
備 考							

(注) 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかにすること