

令和 年 月～令和 年 月（ ヶ月分）

様式第 1 号（第 4 条関係）

日常生活用具給付申請書

年 月 日

鶴岡市福祉事務所長 様

申請者 住所 鶴岡市\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日生（ 歳）

電話 \_\_\_\_\_

業者名 \_\_\_\_\_

下記により日常生活用具の給付を申請します。

申請に当たって、福祉事務所長が私又は私の世帯員の税務関係情報の調査を行うことに同意します。

障害者 手帳等 の種別	身体障害	[身体障害者手帳]（等級_____級） 番号 第 _____ 号 年 月 日交付 障害名 _____
	知的障害	[療育手帳] 障害程度 判定 _____ 番号 第 _____ 号 年 月 日交付
	難病患者等	[特定疾患医療受給者証・登録者証] 番号 _____ 病名 _____ ※受給者証等をお持ちでない方は病名のみご記入ください。
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 ※世帯区分に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	
希望する 用具	_____ ストーマ用装具（消化器系・尿路系） ※ 介護保険の対象者になる方は、特殊寝台、特殊マット、体位変換器、歩行支援用具、移動用リフト、入浴担架、入浴補助用具、特殊尿器、便器の種目について、介護保険制度の福祉用具貸与等を受けていただくことになります。	

※ 福祉事務所記入欄

自己負担割合	0%	5%	10%
用具名／基準額	ストーマ用装具（消化器系・尿路系）		円
用具見積り金額	円		
基準額内自己負担金額	円		
基準額外自己負担金額	円		
公費負担額	円		
記入者氏名			