

日常生活用具給付申込書

年 月 日

（宛先）大東市長

（申込者） 住所

氏名

（対象者との続柄） 本人 ・ 保護者

大東市障害者等日常生活用具給付事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり日常生活用具の給付の申込みをいたします。

日常生活用具の給付の申込みにあたり、私の世帯の住民登録資料、税務資料、過去の給付状況等について、各関係機関に調査、照会等することを承諾します。

記

区分	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病等				
対 象 者	フリガナ			生年月日	年 月 日 満 歳
	氏名			電話番号 (日中連絡先)	- -
	住所			第 号 ( 年 月 日 交付)	
	身体障害者手帳	障害名		総合 等級	級
	療育手帳	第 号 ( 年 月 日 交付)		判定	
	精神障害者 保健福祉手帳	第 号 ( 年 月 日 交付)		等級	級
	介護保険の 介護度認定	受けている ・ 受けていない			

用 具 等	申し込む用具の名称 (ストーマ装具等を除く。)	
	ストーマ装具等	蓄便袋 ・ 蓄尿袋 ・ 紙おむつ 月分 ~ 月分
	業者の名称	

- 添付書類
1. 医師の意見書（意見書が必要であると定める種目又は難病患者等の場合に限る。）
  2. 特定疾患医療受給者証又は特定医療費（指定難病）受給者証（難病患者等の場合に限る。）
  3. 対象者及び保護者の当該年度分の市町村民税の課税額を証明する書類（転入者の場合に限る。）
  4. 見積書