様式第１号（第４条関係）

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。また、給付の申込みに当たり、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 | | □身体障害　　□知的障害　　□精神障害　　□難病等 | | | | | | | |
| 対  象  者 | フリガナ |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日  満　　　歳 | | |
| 氏名 |  | | | |
| 住所 |  | | | | 電話番号  （日中連絡先） |  | | |
| 個人番号 |  | | |
| 身体障害者手帳 | | 第　　　　　　　　号（　　　　年　　月　　日交付） | | | | | | |
| 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 |
| 介護認定 | | 受けている　　・　　受けていない | | | | | | |
| 難病等患者 | | 疾病番号（　　　　）疾病名（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | |
| 備考 | ※書類は対象者のご自宅へ送付します。別住所への送付希望の場合は、下記にご記入ください。  □その他（〒　　　-　　　　）    　　　　宛名：　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　） | | | | | | | | |