様式第18号（第23条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請№ |  |

日常生活用具給付申請書

年　　月　　日

　十和田市福祉事務所長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請者 | 住　　所 |  | |
| （18歳未満は保護者） | 氏　　名 | 印 | |
|  | 対象者との続柄 | |  |
|  | 電話番号 |  | |

次のとおり日常生活用具の給付申請をします。

日常生活用具の給付決定のため、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、照会及び閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 氏 　 名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | | |
| 住　　所 | □ 申請者と同じ | | | | | | | |
| 障害者  手　帳 | 手帳番号 | □青森県　□青上北　□　　　　　　　　　第　　　　　　　号 | | | | | | |
| 交付年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 障害程度 | 身障 | 級 | | 愛護 | Ａ ・ Ｂ | 精神 | 級 |
| 難病等（疾患名） | |  | | | | | | |
| 世帯の状況 | | | 生活保護世帯　・　その他の世帯 | | | | | | |
| 給付を受けたい  用具の名称 | | ストマ等 | 消化器系 ・ 尿路系 ・ 紙おむつ（　　月～　　月の　　か月分） | | | | | | |
| 上記以外の  用　　具 |  | | | | | | |
| 希望業者名 | |  | | | | | | | |
| 希望する理由 | | 日常生活に利便が図られるため。 | | | | | | | |
| 備考  (特に希望する事項) | | |  | | | | | | |