

申請書が役場へ到達し開封された日が申請日となります。お急ぎの場合窓口へお越しいただくことをお勧めします。

日常生活用具給付（貸与）申請書

令和〇年〇月〇日

東浦町長 殿

申請者（満18歳未満の者については保護者）

住所 **東浦町大字〇〇〇字〇〇〇番地**

氏名 **東浦 太郎**

対象者との続柄（ **父** ）

電話番号（**0562**）〇〇 - 〇〇〇〇

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

なお、対象者又は扶養する者が支払うべき額の決定に必要な税関係書類の閲覧を東浦町長に委任します。

※申請者と対象者が同じ場合、太枠内の住所・氏名・電話番号の記入は不要です。	
対 象 者	住所 東浦町大字〇〇〇字〇〇〇番地 電話番号（ 0562 ）〇〇 - 〇〇〇〇
	ふりがな ひがしうら はなこ 男 生年月日
	氏名 東浦 花子 女 明治 大正 〇年〇月〇日生（ 15 歳） 昭和 平成
	障害者手帳番号 愛知県 第 123456 号 昭和 平成 令和 〇年 〇月 〇日交付
障害名	視覚・聴覚・平衡・音声・言語、そしゃく、肢体不自由、 内部（心臓、じん臓、呼吸器、 ぼうこう、直腸、小腸 ） 〇種〇級 / 判定
給付を受けたい用具の名称	ストーマ用装具（消化器系、尿路系） 業者名 〇×福祉用具(株)
給付を希望する理由	ストーマ造設術による、排泄機能補助のため。
住いの状況	住宅 自宅・借家 浴槽 和式・洋式 便器 和式・洋式・携帯用
備 考	特殊マット・特殊尿器 常時介護を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない
	入浴担架・入浴補助用具 入浴時に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない
	体位変換器 下着交換等に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない
	乗用車支援用具 家庭内の移動に介助を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない
	器具 排便後の処理が困難で <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (知的のみ)
	搬送車 自己連続携行式腹膜灌流法（CAPD）による透析療法を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
ライター 在宅酸素療法を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	
時計（音声時計） 手指の触覚に障害が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
備考	該当月：令和〇年4～5月分、令和〇年6月～7月分、令和〇年8月～9月分

紙おむつまたはストーマの場合1枚の見積書で2ヶ月分まで申請可能です。
また、一度の申請で最長6ヶ月分の申請できます。
なお、当年度内の申請は年度内の給付を対象としているため、同年度内の申請は3月分までとなります。

(注意) この申請をされる方で、転入等により東浦町にて課税情報が確認できない方については、転入前住所地で発行された対象者及び同一世帯に属する者の所得課税証明書等の書類が必要となります。