

# 記入例・障がい者用（18歳以上の方）

様式第3号

ストマ

## 日常生活用具給付申請書

令和〇年×月△日

小山市長 様

障がい者本人 →

申請者住所

小山市中央町1-1-1

申請者氏名

小山 福祉

(対象者との続柄)

( 本人 )

押印

電話番号

0285 ( 45 ) ###

下記のとおり日常生活用具の給付申請をいたします。

日常生活用具の給付申請の決定のため、申請者又は対象者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、閲覧する事を承諾します。

対象者	氏名	小山 福祉	男・女	生年月日	SOO 年 × 月 △ 日生( □□ 歳)	
	住所	小山市中央町1-1-1				
	障害者手帳	栃木 県 第 123456 号		HOO 年 × 月 △ 日交付		
	障がい名	ぼうこう又は直腸の機能の障がいにより社会での日常生活活動が著しく制限されるもの 体幹機能障がいを含む乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい		障害等級	2 種 4 級	
給付(貸与)を受けたい用具の名称	ストマ(便)、 ストマ(尿)、 ストマ(便・尿)、 紙おむつ					
希望する形式・規模等(又は業者名)	(株) ABC					
給付上特に希望する事項						
前回給付決定日	年 月 日			見積書の有無	/ 依頼・添付有	
備考						

- (注意)
- 申請者の氏名については、記名押印すること。
  - 対象者が18歳未満の場合は、保護者を申請者とする。
  - 手帳の内容に関する記載は、手帳の写しや難病に関する最新の受給者証を添付すれば記載を不要とする。
  - 申請書には、以下のものを添付すること。
    - 給付を希望する製品のカタログ等の写し
    - 見積書
    - 日常生活用具給付意見書（ネブライザー、頭部保護帽、電気式たん吸引器、紙おむつの場合）
    - 診断書（難病患者の場合）
    - 転入等により、税情報が小山市にない場合は、従前地での課税証明を添付すること。
  - 日常生活用具の給付の利用者負担額は、上限額の原則1割負担となる。