

支所受付印

收受印

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員	担当者	起	案
						施	行
	このことについて、別紙のとおり支給決定してよいか伺います。					施	行
							印

様式第3号(第4条関係)

福島市 重度障がい者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

住 所	福島市	氏 名	(児童の場合は、保護者氏名)
生年月日	年 月 日(才)	電話番号	
児童氏名 (該当する場合のみ)		児童の 生年月日	年 月 日(才)

福島市福祉事務所長

下記より日常生活用具の申請をいたします。また、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、税務資料について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

手帳の種類別	(身体・療育・精神保健福祉) 該当するものに○を付けて下さい。		
手帳番号	福島県・市 第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 名			
(難病事由の場合、難病名)	(身体 級)	(療育 A・B)	(精神保健福祉 級)

【注意事項】 下記日常生活用具名の※印については、65才以上の方、40才以上の方で特定疾病により介護保険に該当する方は、介護保険による貸与や購入費の支給が優先されますので、給付対象となりません。

日常生活用具名の □にチェックを 入れてください	<input type="checkbox"/> 特殊寝台※	<input type="checkbox"/> 移動・移乗 支援用具※	<input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 (両用器含む)	<input type="checkbox"/> ポータブルレコーダー
	<input type="checkbox"/> 特殊マット※	<input type="checkbox"/> 頭部保護帽	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ運搬車	<input type="checkbox"/> 視覚障害者用活字 文書読上げ装置
	<input type="checkbox"/> 特殊尿器※	<input type="checkbox"/> 特殊便器	<input type="checkbox"/> 盲人用体温計 (音声式)	<input type="checkbox"/> 視覚障害者用 読書器
	<input type="checkbox"/> 入浴担架※	<input type="checkbox"/> 火災警報器	<input type="checkbox"/> 盲人用体重計 (音声式)	<input type="checkbox"/> 盲人用時計 (音声式、触読式)
	<input type="checkbox"/> 体位変換器※	<input type="checkbox"/> 自動消火器	<input type="checkbox"/> 盲人用血圧計 (音声式)	<input type="checkbox"/> 聴覚障害者用 通信装置(主にFAX)
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト※	<input type="checkbox"/> 電磁調理器	<input type="checkbox"/> 動脈血中酸素 飽和度測定器	<input type="checkbox"/> 地デジ放送が 聞けるラジオ
	<input type="checkbox"/> 訓練いす (障害児に限る)	<input type="checkbox"/> 歩行時間延長信号 機用小型送信機	<input type="checkbox"/> 携帯用会話 補助装置	<input type="checkbox"/> 聴覚障害者用 情報受信装置
	<input type="checkbox"/> 入浴補助用具※	<input type="checkbox"/> 聴覚障害者用 屋内信号装置	<input type="checkbox"/> 視覚障害者情報・ 通信支援用具	<input type="checkbox"/> 人工喉頭笛式
	<input type="checkbox"/> 便器※	<input type="checkbox"/> 透析液加温器	<input type="checkbox"/> 点字ディスプレイ	<input type="checkbox"/> 人工喉頭電動式
	<input type="checkbox"/> T字状・棒状のつえ (一本づえ)	<input type="checkbox"/> ネブライザー(吸入器)	<input type="checkbox"/> 点字器	<input type="checkbox"/> 点字図書
		<input type="checkbox"/> 点字タイプライター	<input type="checkbox"/> 居宅生活 動作補助用具※	
<input type="checkbox"/> ストーマ用装具 [消化器系・尿路系・紙おむつ等] 【申請は年2回(1月・7月)です】				<input type="checkbox"/> 収尿器
<input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月 <input type="checkbox"/> 1月				

世帯の状況	氏名	続柄	年齢	職業	健康状態	個人番号
		本人				
	支給対象者が18歳以上の方は、本人と配偶者の個人番号が必要となります。					
	支給対象者が18歳未満の方は、世帯全員の個人番号が必要となります。					
	希望業者名					
該当する所得区分	1. 生活保護		2. 低所得 (住民税非課税世帯)		3. 一般 (住民税課税世帯)	
					4. 一定所得以上 (住民税46万円以上の方がいる世帯)	
施設入所・病院入院等の有無	無 ・ 有()				退院予定	月 日