

支所受付印

取送印

決
裁

課長 課長補佐 係長 係員

記載例

様式第3号の2(第11条関係)

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。

福島市 重度障がい者等日常生活用具給付申請書(ストマ用装具・紙おむつ等用)

〇年 〇月 〇日

住所	福島市 〇〇町 〇番 〇号	氏名	福島 太郎 <small>(児童の場合は、保護者氏名)</small>
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日(〇〇才)	電話番号	024-〇〇〇-〇〇〇〇
児童氏名 <small>(該当する場合のみ)</small>		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(ストマ用装具・紙おむつ等)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。

手帳の種別 (身体・療育) 該当するものに〇を付けて下さい。

手帳番号 福島県・市 第 〇〇〇 号

お手持ちの手帳をご確認いただき、手帳の種別、手帳番号、交付年月日、障害名、等級を記入してください。

障害名 〇〇〇障害

(難病事由の場合、難病名) (身体 〇 級) (療育 A・B)

給付を希望する用具の種目 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください	<input checked="" type="checkbox"/> ストーマ用装具 (消化器系)
	<input type="checkbox"/> ストーマ用装具 (尿路系)
	<input type="checkbox"/> ストーマ用装具 (紙おむつ等)

該当する品目、月数にチェックしてください。

申請月数 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください	<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 checked="" type="checkbox"/> 8月 <input checked="" type="checkbox"/> 9月 <input checked="" type="checkbox"/> 10月 <input checked="" type="checkbox"/> 11月 <input checked="" type="checkbox"/> 12月 <input checked="" type="checkbox"/> 1月
--	--

希望業者名 〇〇薬局

見積書の徴取について	業者への見積書の徴取を福島市に <input checked="" type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない
	※必ずどちらかにチェックを入れてください ※「依頼しない」を選択した場合は、申請書

必ずどちらかにチェックしてください。

世帯の状況	氏名	続柄	年齢	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。				