

支所受付印



收受印



様式第3号の2(第11条関係)

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

福島市 重度障がい者等日常生活用具給付申請書(ストーマ用装具・紙おむつ等用)

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

下記により日常生活用具(ストーマ用装具・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。

手帳の種類	(身 体 ・ 療 育) 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)		

給付を希望する 用具の種目 □にチェックを入れて ください	<input 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)

申請月数 □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 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
----------------------------	---	--

希望業者名	
-------	--

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 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、申請書と併せて見積書を提出してください。	

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。