

重度障害者等日常生活用具給付申請書

(あて先)松本市長

次のとおり日常生活用具給付を申請します。

申請年月日 年 月 日

または児童の利用者	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名					
	居住地	〒		電話番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日		
給付申請に係る児童氏名			申請者との続柄			
身体障害者手帳番号	長野 県 第 号	療育手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号	
障害名			障害等級	種 級		
現在の住まいの状況	住宅	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)	浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし	便器	1 和式 2 洋式 3 携帯
給付を受けた 用具の名称	ストマ用装具 (蓄便袋)	給付量	[]月分から[]月分まで[]ヶ月分			
		理由	腸管ストマをもつため			
		業者名等				
	ストマ用装具 (蓄尿袋)	給付量	[]月分から[]月分まで[]ヶ月分			
		理由	尿路変更ストマをもつため			
		業者名等				
	ストマ用装具 代替品 (紙おむつ)	給付量	[]月分から[]月分まで[]ヶ月分			
		理由	3歳以上であつて、次のいずれかに該当するため。 (1) 治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形のためストマ用装具を装着することができない者ならびに先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害による高度の排尿機能障害または高度の排便機能障害のある者および先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者で、紙おむつ等の用具類を必要とするもの。 (2) 脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿もしくは排便の意思表示が困難な者で、身体障害者更生相談所もしくは指定自立医療機関または保健所の判定により紙おむつ等の用具類を必要とするもの。			
		業者名等				

(様式第1号)

松本市ストマ用装具自己負担額助成事業申請書

年 月 日

(あて先) 松本市長

(申請者) 住 所 松本市

氏 名 ㊟

次により、ストマ用装具自己負担額について助成を受けたいので申請します。
なお、この助成金の請求および受領については、装具の業者である () に
委任します。

助 成 対 象 者	住 所			
	フリガナ 氏 名		生年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	身体障害者 手帳番号	長野県 第 号 (昭和・平成・令和 年 月 日交付)		

※ 以下記入不要

所 得 税 額				円		
助 成 額 (見積り額×10%)				円		
決	上記のとおり決定してよろしいでしょうか。			起案月日	. .	
				決裁月日	. .	
裁	係	福祉司	係 長	課 長	施行月日	. .
					決定No.	