

障害者（児）日常生活用具給付申請書

※10月以降の申請は、9月1日以降受付開始となります

(申請先)
中 区 長

申 請 日 令和 年 月 日

申請者氏名 _____

続柄 ()

住 所 _____

電 話 番 号 _____ ()

次のとおり障害者日常生活用具の給付を申請します。
※ 障害者（児）日常生活用具給付申請に際して、給付決定に必要な対象者世帯の情報を、台帳等により確認することに同意します。

対象者	氏 名			
	住 所	横浜市 中区	生年月日	年 月 日
			電話番号	- -
			F A X 番号	- -
		個人番号		

障害の状況	身体障害者手帳	(第 号 交付)	
	愛の手帳	第 (号 交付)	
	精神障害者保健福祉手帳	第 (号 交付)	

難病等患者	疾病番号 疾病名	
	身体等の状況	

品 目 名 称 (申請期間にチェックし、該当品目を○で囲んでください)

期間	<input type="checkbox"/> 上期 (10月～3月) 及び下期 (4月～9月) <input type="checkbox"/> 上期のみ <input type="checkbox"/> 下期のみ
品目	<input type="checkbox"/> ストーマ用装具 (消化器系 ・ 尿路系 ・ 重度知的障害者向け ・ ストーマ用装具代替)
	<input type="checkbox"/> 紙おむつ (重度肢体不自由者・重度知的障害者・先天性神経障害排泄機能障害者(1) 先天性神経障害排泄機能障害者(2)・ストーマ用装具代替・外傷等起因者)
	<input type="checkbox"/> 収尿器 <input type="checkbox"/> 気管孔用プロテクター <input type="checkbox"/> 人口咽頭 (埋込型用人口鼻)
備考	※書類は対象者のご自宅に送付します。別住所への送付希望の場合は、下記にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 申請者宅へ送付 <input type="checkbox"/> その他 (〒 住所 : 宛名 : 対象者との続柄 ())

(FKC01FM20010)