

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

申請日 令和 6 年 9 月 10 日

(申請先)

中 区 長

申請者氏名 中 区 次 郎

続柄 (弟)

申請日、申請者氏名・続柄・住所・電話番号(代理申請の場合は代理者の)を必ず記入

住 所 中 区 日 本 大 通 3 5

電 話 番 号 0 4 5 (1 2 3)

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、給付より確認することに同意します。

対象者の氏名・住所・生年月日・電話番号を必ず記入

対象者	氏 名	中 区 太 郎		
	住 所	横浜市中区 日本大通35	生年月日	平成元年0月0日
			電話番号	045-224-0000
			F A X 番号	045-224-0000
個人番号				

障害の状況	身体障害者手帳	横浜市 第 123456 号 (平成10年5月10日 交付) 2種 4級	直腸機能障害
	愛の手帳	第 () 号 交付	
	精神障害者保健福祉手帳	第 () 号 交付	

対象者の手帳情報を記入

難病等患者

・期間(上期下期or上期のみor下期のみ)にチェック
・品目にチェックをし、要件(消化器系、尿路系等)に○をつけてください。(前回の給付決定通知と同内容となります)

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ストーマ用装具 (<u>消化器系</u> ・ 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))
	<input type="checkbox"/> 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	