様式第2号（第4条関係）

日常生活用具（継続品目）給付申請書

［ストマ用装具］

令和　　年　　月　　日

（宛先）松阪市福祉事務所長

申請者（住所）

（氏名）

（続柄）

（電話）

　下記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。また、給付の決定に必要な私（必要に応じ、世帯分を含む）の市税等に関する情報その他について、市が調査、照会又は、閲覧することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | | 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 住　　所 |  | | | |
| 身体障害者手帳 | 手帳番号 | 第　　　　　号 | | 交付年月日 | 年　 月 　日 |
| 障 害 名 |  | | 障害等級 |  |
| 給付を受けたい  用具の名称 |  | | | | □ 新規　　　□ 継続 |
| 給付を希望する月  \*最大6か月まで可 | 月分 ～　　月分（　　か月分） | | ストマ増設状況 | | □ 消化器系（ 　）か所  □ 尿 路 系（ 　）か所 |
| 希望する業者 |  | | | | |
| ※希望する業者がヤガミホームヘルスセンターの場合 | 支払方法 | □ 代引き　　　□ コンビニ　　　□ 銀行振込 | | | |
| 受取方法 | □ 自宅配送　　□ その他（　　　　　　　）　　□ 店舗受取 | | | |
| 添付書類 | □ 見積書（カタログ） | | | | |
| 生活保護への移行予  防措置に関する認定 | □ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。  ※ 福祉事務所（生活保護担当課）が発行する境界層対象者証明書が必要です。 | | | | |

※ 給付を希望する月の前月から申請することができます。

※ 申請日の属する月より前に遡って申請することはできません。

※ 申請～給付決定～商品配送まで2週間程度かかります。時間に余裕をもって申請してください。

※ 銀行振込は、振込確認後の商品発送となります。時間に余裕をもって申請してください。

\*市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 見積額が基準額を超える場合 | | □ 了承済み |
| 該当する所得区分 | □ 生活保護　　　□ 非課税　　　□ 一般　　　□ 一定所得以上 | |
| 前回の給付内容 | 【種目】  【給付月】  【基準額】　　　　　　　【見積額】　　　　　　　【支給決定日】 | |