

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				<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 消化器系（ ）か所 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 代引き <input type="checkbox"/> コンビニ <input type="checkbox"/> 銀行振込		
	受取方法	<input type="checkbox"/> 自宅配送 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 店舗受取		
添付書類	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 了承済み		
該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 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】