

様式第3号（第4条関係）

日常生活用具（継続品目）給付申請書  
[紙おむつ 埋込型人工鼻 空気垂鉛電池]

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<br>*最大6か月まで可 | 月分 ~ 月分（ か月分）                                                                                | ※人工内耳装用者の方のみ |       | <input type="checkbox"/> 片耳 <input type="checkbox"/> 両耳 |
| 希望する業者                |                                                                                              |              |       |                                                         |
| 添付書類                  | <input type="checkbox"/> 見積書（カタログ） <input type="checkbox"/> 医師意見書（※ <sup>1</sup> ）           |              |       |                                                         |
| 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。<br>※ 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。 |              |       |                                                         |

※<sup>1</sup>埋込型人工鼻を初めて申請するときは、医師意見書が必要です。

※<sup>1</sup>空気垂鉛電池を初めて申請するときは、医師意見書又は人工内耳装用者カードが必要です。

※ 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～給付決定まで1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。

\*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】<br>【給付月】<br>【基準額】 <input type="checkbox"/> 【見積額】 <input type="checkbox"/> 【支給決定日】 <input type="checkbox"/> |                              |                             |                                 |