

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 *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（※ ¹ ）			
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。			

※¹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。

※¹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】 【給付月】 【基準額】 <input type="checkbox"/> 【見積額】 <input type="checkbox"/> 【支給決定日】 <input type="checkbox"/>			