

者・児

日常生活用具給付（ ストーマ 人工鼻 ） 申請書

受付印

宇治市長 宛て

申請者	住所			
	氏名	①		
	TEL		給付対象者との続柄	

下記により日常生活用具給付を申請します。日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	氏名					
	生年月日	年	月	日		
	住所	1、申請者に同じ 2、申請者と異なる（ ）				
	身体障害者手帳の番号	第	号	年	月	日 交付
	障害名	直腸機能障害	ぼうこう機能障害	喉頭摘出による音声機能障害 (常時、埋込型の人工喉頭を使用)	その他	
	障害等級又は程度	級				
給付（貸与）を受けたい用具の名称	ストーマ装具（消化器系）	___月	___月	___月	___月	← 品名に○をつけた上で、必要な月数をご記入下さい。
	ストーマ装具（尿路系）	___月	___月	___月	___月	
	紙オムツ	___月	___月	___月	___月	
	埋込型人工喉頭用人工鼻	___月	___月	___月	___月	
該当する所得区分	1、生活保護 2、市民税非課税 3、市民税課税					
給付（貸与）上、特に希望する事項						

添付必要書類 … 見積書（業者の印のあるもので見積金額、品名、価格が記入されたもの）

注意

ご自分で購入された用具には助成できません。先に申請の手続きをし、給付該当された場合助成できます。生活保護を受給している方、市民税非課税の方は自己負担はありません。市民税課税の方は自己負担は価格の5%となります。