

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			
	TEL		給付対象者との続柄	

「日常生活用具給付決定通知」・「日常生活用具給付券」は、申請者の元へ送付します。障害福祉課からの全ての郵送物の送付先を変更される場合は、「障害福祉関係書類の送付先 届出書」が必要となりますので、お申し出ください。

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	(大正・昭和・平成・令和) 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	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	月	月	
	紙オムツ	月	月	月	月	月	月	
	埋込型人工喉頭用人工鼻	月	月	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。