

重度障がい者日常生活用具給付申請書

(提出先)
大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日

申請者	住所	(〒 - - -)										
	フリガナ						電話()	-				
	氏名	(対象者との続柄)					生年月日	年 月 日				
	個人番号											

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

1 対象者 申請者に同じ

フリガナ						生年月日	年 月 日				
氏名											
住所	大阪市 区										
個人番号											
在宅	入院・入所()										
同一世帯に日常生活用具の給付を受けている障がい者がいる。(氏名:)											

2 障がい状況

身体障がい者手帳	番号	第 号	交付年月日	年 月 日						
	障がい名						等級	級		
療育手帳	番号	第 号	交付年月日	年 月 日						
	障がいの程度	A · B 1 · B 2								
精神保健福祉手帳	番号	第 号	等級	年 月 日					級	
難病患者等	疾病名									

3 申請する用具及び業者

人工内耳専用電池(充電式電池)を申請する場合は、どちらの耳に使用するか記入してください。

用具の名称	一般品目									
	継続品目	蓄便袋(ストマ造設 箇所	蓄尿袋(ストマ造設 箇所	紙おむつ						
人工内耳専用電池(空気電池)(右耳のみ・左耳のみ・両耳)()										
当てはまるものに○をつけてください。 (月 ~ 月分)										
業者名										

本人(障がい児の場合は保護者)が提出する場合、記入不要。

提出者	住所	(〒 - - -)										
	フリガナ						電話()	-				
	氏名印						申請者との続柄					

以下、保健福祉センター記入欄

購入予定価格	自己負担額(階層区分)	給付予定金額

(添付書類) 見積書 税確認資料(同意書)
(審査) 資格・給付要件 世帯状況 商品力タログ等
価格 添付書類以上により、給付を決定します
給付申請を却下します

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査	
	・	・						取扱責任者	文書主任
	決裁年月日								
	・	・							