

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 (〒 - ) 電話 ( ) - フリガナ 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 申請者と同じ

フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 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 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 蓄便袋(ストマ造設 箇所) 蓄尿袋(ストマ造設 箇所) 紙おむつ 継続品目 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 (〒 - ) 電話 ( ) - フリガナ 氏名印 申請者との続柄

以下、保健福祉センター記入欄

Table with 3 columns: 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) 商品カタログ等 (審査) 資格・給付要件 世帯状況 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