

ストマ装具給付申請書

兼 受領委任・調査照会閲覧同意書

年 月 日

枚方市福祉事務所長 様

届出者

住 所

氏 名 ㊞ (続柄)

関係書類をそえて、次の通り日常生活用具の給付を申請します。支給費の受領については、見積書を発行した業者の指定口座への振替払いを委任します。支給申請決定のため、私の世帯の住民登録資料、課税資料、生活保護支給資料その他について各関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。

申 請 者	フリカ`ナ		生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 歳
	氏 名			
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 枚方市		連絡先 —
	身体障害者手帳の障害内容	直腸機能障害 ・ ぼうこう機能障害 ・ その他		
	現在、生活保護を受給されていますか？	はい ・ いいえ		
	今月、日常生活用具を申請されたご家族はいますか？	はい ・ いいえ		

申請するストマ装具	蓄便袋・蓄尿袋・紙おむつ	月分～ 月分
備 考 欄		

※全員必ず記載

世帯の状況（18歳以上の方は配偶者、18歳未満の方は保護者の方の記入をお願いします。）

続柄	氏 名	生 年 月 日	担当課処理欄	区分 生保（自己負担0円） 低所得（自己負担0円） 課税（自己負担1割）
本人	㊞	年 月 日	生・非・均・所	
	㊞	年 月 日	生・非・均・所	
	㊞	年 月 日	生・非・均・所	