

明石市障害者日常生活用具給付事業受給申請書兼減免申請書

申請日 年 月 日

明石市長様

申請者
(障害者又は障害児の保護者)

住所
氏名
個人番号
電話番号

対象者との続柄 ()

下記により日常生活用具費の支給申請をいたします。

日常生活用具費の支給申請の決定のため、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	住所	明石市			
	フリガナ氏名	(個人番号)			
	生年月日	年 月 日	電話		
障害手帳	明石市 兵庫県	兵東加 ()	第 号	年 月 日交付 年 月 日再交付	
障害名	直腸ぼうこうの機能障害		等級	級	
疾病名					
支給を希望する用具の名称	ストーマ装具 消化器系 (蓄便袋) ・ 尿路系 (蓄尿袋)		希望する型式規模等		
希望する業者名					
減免該当の有無	有 (市民税非課税世帯・生活保護世帯) ・ 無				
用具の給付にあたって特に希望する事項					
備考	2・4・6か月分				

申請者居住地と異なる場合の連絡先記入欄

①	住所	〒 —
	氏名	(申請者からの続柄：)
	電話番号	
②	住所	〒 —
	氏名	(申請者からの続柄：)
	電話番号	

※申請者以外の方へ送付を希望する場合、以下のいずれかをチェックしてください。

- 申請書及び支給券は全て、①の送付先への送付を希望する
- 申請書は①の送付先へ、支給券は②の送付先を希望する