

日常生活用具（ストマ）給付申請書

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

住 所 芦屋市 町 番 号

氏 名

T E L (—)

下記のとおり日常生活用具の支給を申請します。
なお、申請に必要な市税等の賦課についての調査に同意します。
※ ご希望の製品の見積書と合わせてご提出ください。（見積書は業者から取り寄せてください）
※ 3～4月・7～8月をまたぐ申請はできません。
※ 申請月～または申請月の次の月～分の申請が可能です。

身体障害者 手帳の番号	第 号 S.H.R 年 月 日交付	障害名 ・直腸機能障害・ぼうこう機能障害 ・脳原性運動機能障害・その他
日常生活用具 の名称	蓄便袋・蓄尿袋・紙おむつ	令和 年 月分～令和 年 月分
希望する業者	宮野医療器(株)・石黒メディカルシステム(株)・(株)ウェルカムサポートセンター・川村義肢(株)・(株)川南・(株)光洋 (株)ケンコー大阪支店・セントケアりまいん(株)セントケアりまいん神戸・(株)萩・(株)文教関西支店・ピース ケア(株)・リユウシヨウ(株)・その他 ()	

(申請者と同居されている方) 世帯員の状況	氏 名	続柄	生年月日	職 業	市町村民税	前年の所得税額
		本人			非・均・所	円
					非・均・所	円
					非・均・所	円
					非・均・所	円
					非・均・所	円
					非・均・所	円

世帯 区分	A ・ B C ()・D ()	徴収基準（月）額又は加算基準（月）額 円（×1/2） （ 円）	上記のとおり確認しました。 令和 年 月 日 調査者
----------	----------------------	---------------------------------------	----------------------------------

身体障害者福祉司の意見
日常生活に必要なため給付を認めます。

令和 年 月 日
上記のとおり日常生活用具の給付について決定します。

/ FAX 済 No.	課長	係長	係	係