

瀬戸市地域生活支援事業(日常生活用具)給付申請書

宛先 瀬戸市福祉事務所長

年 月 日

下記のとおり申請します。

なお、必要な場合は、瀬戸市において世帯状況、市税等に関する課税資料（必要に応じ、世帯全員分を含む）を確認することは差し支えありません。

また、私に関する地域生活支援事業において、私が給付を受ける「地域生活支援費」の支払いについては、サービスを提供した事業所にその「請求」と「受取り」を委任します。

申請者	フリガナ 氏名	(続柄)						生年月日	年 月 日生		
	個人番号										
	住所	〒 瀬戸市						電話番号 —			
児童の場合	児童氏名:							生年月日	— 年 月 日生		
	個人番号										
身体障害者 手帳	愛知県 第 号 (級)	県・市		障 害 部 位							
療育手帳等	愛中央児・() 第 号 (A・B・C)										

給付用具

給付希望用具名	ストーマ装具（尿路系・消化器系） ・ 紙オムツ	適用（ 月～ 月分）
	その他	
給付希望業者 （委任業者名）		
給付上の希望		
備 考		

※ストーマ装具等は、一回の申請で6か月分（年度内）までとする。