

## 日常生活用具費助成申請書（継続支給用具用）

年 月 日

（あて先）浜松市長

申請者（本人または保護者）

郵便番号（〒 \_\_\_\_\_ ）

住 所 浜松市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

（対象者との続柄）

電話番号（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

下記により日常生活用具費（継続支給用具）の助成を申請します。

対 象 者	ふりがな			<input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 18歳以上
	氏 名			生年月日 年 月 日生
	身体障害者手帳	静岡県 浜松市 第 _____ 号 _____ 年 月 日交付 ( _____ )		
		<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 音声機能・言語機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺等による脳原性運動機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害		
	難病等患者	疾患名		
		症 状		
	給付を受けたい 日常生活用具の 名 称	<input type="checkbox"/> 人工内耳用電池（ボタン電池） <input type="checkbox"/> 埋込型人工喉頭用人工鼻 （通院している医療機関名： _____） <input type="checkbox"/> ストマ装具（消化器系） <input type="checkbox"/> ストマ装具（尿路系） <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	希望する方法	<input type="checkbox"/> _____月まで継続して申請。           （ _____ 月から）  <input type="checkbox"/> 必要になった場合に随時申請。           （ _____ 月分）		
	承 諾	<input type="checkbox"/> 日常生活用具費助成決定のため、私の世帯の住民登録情報、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。		

審 査 欄	所得区分	非課税   課税   生保
	交付履歴	新規   再交付
	判定場所	
	その他	
	交付決定番号	