第１号様式その２

日常生活用具費助成申請書（排泄管理支援用具用）

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

ふりがな
氏　　名　　㊞
（対象者との続柄）
電話番号　（　　）　　－

下記により日常生活用具（排泄管理支援用具）費の助成を申請します。

対象者	ふりがな		□ 18歳未満　□ 18歳以上
	氏　名		生年月日 年　月　日生
	身体障害者手帳番号	静岡県 浜松市　第　号　年　月　日交付 （　　）	
	障害名	□ 直腸機能障害　□ 脳性麻痺等による脳原性運動機能障害 □ ぼうこう機能障害　□ その他（　　）	
給付を受けたい日常生活用具の名称		□ ストマ装具（消化器系）□ ストマ装具（尿路系） □ 紙おむつ　□ その他（　　）	
希望する業者名			
希望する方法		□ ＿＿＿月まで継続して申請。（ ＿＿＿ 月から） □ 必要になった場合に随時申請。（ ＿＿＿ 月分）	
承　諾		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。 年　月　日　氏名　㊞	

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	区
	その他	
	交付決定番号	