

上尾市障害者等日常生活用具給付(修理)申請書

|                                                                                                                                                           |               |                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|-----------|---------|-------------|---|----------------|---|-----------|--|------------------|--|--|--|--|--|
| 上尾市長                                                                                                                                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |           |         |             |   | 申請年月日 令和 年 月 日 |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
| 申請者                                                                                                                                                       |               |                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |           |         |             |   | 氏 名            |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           |               |                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |           |         |             |   | 対象者との続柄        |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
| <p>日常生活用具の給付(修理)について、次のとおり申請します。</p> <p>なお、日常生活用具の給付(修理)の決定のため、私が属する世帯の住民登録資料、税務資料に係る事項について関係各機関に照会し、若しくは調査を依頼し、又は当該関係各機関が保有する当該資料等を閲覧することについて、承諾します。</p> |               |                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
| 対象者                                                                                                                                                       | 住 所           | 上尾市                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | フリガナ          |                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 氏 名           |                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 生 年 月 日       | 明治                                                                                                                                                                                                                                                           | 大正 | 昭和 | 平成 | 令和        | TEL/FAX |             | — |                | — |           |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           |               | 年                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |    | 月         |         | 日           |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳の番号及び等級                                                                                                                                            |               | 第 号( 年 月 日交付) 級 種                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
| 障害の名称<br>(○を付けるかご記入ください)                                                                                                                                  |               | 直腸機能障害、人工肛門                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |    |           |         | 膀胱機能障害、人工膀胱 |   |                |   |           |  | 下肢障害、体幹機能障害、脳性麻痺 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           |               | その他( )                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
| 給付・修理を受ける日常生活用具名<br>(○を付けて下さい)                                                                                                                            |               | ストーマ装具(消化器系)                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |    |           |         | ストーマ装具(尿路系) |   |                |   |           |  | 紙おむつ             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           |               | 令和 7 年度                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    | 4 月分～9 月分 |         | 1 0 月分～3 月分 |   |                |   | 担当<br>使用欄 |  | 2 穴              |  |  |  |  |  |
| 希望する業者<br>(名称、所在地、電話、FAX)                                                                                                                                 |               |                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
| 該当する所得区分                                                                                                                                                  |               | 生活保護                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |           |         | 市民税非課税世帯    |   |                |   |           |  | 市民税課税世帯          |  |  |  |  |  |
| 市<br>使<br>用<br>欄                                                                                                                                          | 世帯範囲の特例に関する認定 | <input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。<br>1 税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。<br>2 健康保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。                                                                                  |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                           | 備考            | 見積依頼書取扱<br><input type="checkbox"/> 申請者が業者に市へ見積書送付依頼を行う<br><input type="checkbox"/> 申請受理者がFAX送信 <input type="checkbox"/> 申請受理者が申請者に見積依頼書を渡した。<br><input type="checkbox"/> 地区担当者へ対応依頼<br><input type="checkbox"/> 業者が決まっていない。 <input type="checkbox"/> その他( ) |    |    |    |           |         |             |   |                |   |           |  |                  |  |  |  |  |  |