

日常生活用具（排泄管理支援用具）給付申請書

申請日 年 月 日

田辺市長 あて

(申請者) ※田辺市以外の方は、取り消し線をしてご記入ください。

住 所 田辺市

フリガナ

氏 名 (印)

対象者との続柄 ()

電話番号 ()

※申請者氏名は、記入押印または自筆による署名のいずれかにする。

受給者 <small>※申請者と同じ場合は記入不要です。</small>	住所	田辺市
	フリガナ	
	氏 名	
	個人番号 ()	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
生活の状況	1. 在宅 2. 入院・入所 (病院・施設名:)	
給付を受ける用具	1. ストーマ(腸) 2. ストーマ(ぼうこう) 3. 紙おむつ	
	1. 前回と同じもの 2. サイズ・種類など変更希望 3. 新規	
月数	月 ~ 月まで / 配達 ・ (障福) 窓口受け取り ・ 店頭	
希望する業者名	大黒・セコーメディカル・切目屋薬局・楠本薬局・ナカヤドラッグ・()	
身体障害者手帳	和歌山県・西牟婁・ 第 号 / 級	
※市使用欄 該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般	

上記のとおり、日常生活用具の交付を申請します。・・・

日常生活用具申請決定のため、受給者の属する世帯員の住民基本台帳情報及び田辺市における市民税課税資料について調査及び閲覧することに受給者及び受給者の属する世帯員各員が同意しています。

委任欄

(注) 委任者の確認に必要な書類は裏面をご覧ください。

上記申請者を代理人として定め、日常生活用具（排泄管理支援用具）給付に係る申請の委任をします。

委任者

(受給者)

住 所		TEL	
氏 名	(印)		
受給者からみた申請者の続柄	配偶者・父母・子・兄弟姉妹・事業所職員 その他()		