ストマ装具給付申請書

四日市市長

令和　　年　　月　　日

［申請者］（※この用紙の記入者）

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  |
| 氏名 | □右上申請者と同じ |
| 住所 | □右上申請者と同じ |
| 生年月日 | T ・ S ・ H ・ R　　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | □右上申請者と同じ |
| 身体障害者手帳 | | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 用具名  （基準額 / 2か月） | | □消化器系　　・　　□尿路系　　・　　□消化器尿路系  （19,480円）　　　（25,600円）　　　（45,080円） |
| 申請期間 | | ２・４・６か月（　　　年　　　月　　　～　　　年　　　月） |

|  |  |
| --- | --- |
| 決定通知書の送付先 | □その他　　〒  ※無記入の場合、当市より右上申請者宛てに送付します。  ※ストマ装具の受取方法は販売業者に対して直接伝えてください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | □見積書　□その他市長が認める書類 |

|  |
| --- |
| 同意書 |
| 私は、この申請書に係る事務を行うため、四日市市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳、課税台帳、生活保護受給の状況）を利用することに同意します。  令和　　年　　月　　日　　対象者氏名  ※署名又は記名押印　※対象者が１８歳未満の場合は保護者氏名 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 生活保護への移行予防措置に関する認定 | □生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 |