

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	<input type="checkbox"/> 右上申請者と同じ
	住所	<input type="checkbox"/> 右上申請者と同じ
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 消化器系 (19,480 円) ・ <input type="checkbox"/> 尿路系 (25,600 円) ・ <input type="checkbox"/> 消化器尿路系 (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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。
--------------------	--

[提出先] 四日市市役所 障害福祉課

[問合せ先] 管理係 TEL : 059-354-8171 FAX : 059-354-3016