

吹田市重度身体障害者等日常生活用具給付事業利用申請書

児童

令和 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 吹田市
住 所 _____
ふりがな
氏 名 _____
電 話 _____ 対象者
との続柄 _____

日常生活用具の給付を次のとおり申請します。なお、この申請に係る審査のため市職員が下記の申請者の属する世帯の課税内容や障害福祉サービスの負担上限額について調査することに同意します。

対象者	ふりがな 氏 名	(男・女)			
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
	<input type="checkbox"/> 身体障害者 手帳	手帳番号	都・道・府 県・市・区 第 号	総合等級	
		交 付 日	昭・平・令 年 月 日		級
		障 害 名	(級)		
			(級)		
	(級)				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	手帳番号	都・道・府 県・市・区 第 号	総合判定	
		交 付 日	昭・平・令 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号	都・道・府 県・市・区 第 号	障害等級	
交 付 日		平・令 年 月 日	級		
<input type="checkbox"/> 難病等	疾 患 名				
日常生活用具 の種類、 規格	<input type="checkbox"/> ストーマ装具 (消化器系 ・ 尿路系) <input type="checkbox"/> 紙おむつ 令和 年度 月分から 月分まで <input type="checkbox"/> その他				
利用サ ービス	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし				
負担上限額に関する認定 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯					
備 考					

日常生活用具調査書

対象者の 世帯構成員	対象者 との 続柄	生年月日	市町村民税 課税の有無	生活保護 受給の有無
	本人	大・昭・平・令 年 月 日	有・無	有・無
		大・昭・平・令 年 月 日	有・無	有・無
		大・昭・平・令 年 月 日	有・無	有・無
		大・昭・平・令 年 月 日	有・無	有・無
		大・昭・平・令 年 月 日	有・無	有・無
		大・昭・平・令 年 月 日	有・無	有・無
月額負担上限額	<u>ストーマ用装具・紙おむつ</u> (<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> (@4,000円× か月) <input type="checkbox"/> 24,000円) <hr/> <u>その他</u> (<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 4,000円)			
予定価格 (※見積額) (a)		超過利用者負担額(b)		
円		円		
利用者負担額(c)				
<u>日常生活用具 (ストーマ用装具等以外)</u> <input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> 1割		<u>ストーマ用装具・紙おむつ</u> <input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 5,314円 (消化器) <input type="checkbox"/> 6,983円 (尿路) <input type="checkbox"/> 7,200円 (紙おむつ) <input type="checkbox"/> 1割		
公費負担予定額(a-b-c)		受給者が業者に支払う額(b+c)		
円		円		