



地域生活支援事業給付費 支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書
(日常生活用具費給付 (ストーマ用装具等継続的用具))

(宛先) 姫路市長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者欄 (当該申請に係る児童の保護者)

保 護 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒	電話/FAX	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	申請に係る児童氏名※		続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		個人 番号

※ 対象者が18歳未満の場合のみ記入してください。

①申請者と住民票を同じくする世帯員等

氏名	同意欄	個人番号	氏名	同意欄	個人番号
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

※ 対象者が18歳未満の場合は、対象児童及び単身赴任等の保護者も含めて記入してください。

※ 対象者が18歳以上の場合は、配偶者のみ記入してください。

※ 申請者又は配偶者の扶養親族に、基準日において住民票が異なる16歳以上19歳未満の者がいる場合は、その扶養親族も記入してください。

※ 本申請に係る決定に当たり、姫路市が、申請者と住民票を同じくする世帯員等に関する住民票関係情報、地方税関係情報その他を公簿等により調査することに同意する場合は同意欄の口欄にチェックを入れてください。

※ 上記調査について住民票を同じくする世帯員等の同意が得られない場合、世帯員等の住民票、課税証明書その他証明書類を添付してください。

本申請に係る決定に当たり、姫路市が私の住民票関係情報、地方税関係情報その他を公簿等により調査することについて同意します。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	※申請者本人と異なる場合のみ記入 〒		電話/FAX

※ 申請書を提出する方 (窓口へ来られた方) は本人確認書類 (障害者手帳、健康保険証等) が必要です。

※裏面も記入してください



②サービス利用の状況

サ リ 用 ビ 状 ス 況	障 害 福 祉 関 係 サ ー ビ ス	利用中のサービスの種類と内容等

③申請する用具の種類等 (あてはまるものに☑又は○を付けてください。)

用 具 名	<input type="checkbox"/> ストーマ用装具 (消化器系 ・ 尿路系) <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 人工内耳用専用電池<空気亜鉛電池> (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 人工喉頭<埋込式> (人工鼻)
希 望 交 付 月 数	6か月分 ・ 4か月分 ・ 2か月分 ※紙おむつは4か月分又は2か月分のみ
希 望 交 付 月	月分から 月分まで ※ただし、給付できるのは前回交付月分後からになります。
希 望 業 者 名	

④負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに○を付けてください。)

1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 市町村民税課税世帯
--

※ 市町村民税(所得割額)は、政令で定める方法により算定

----- <<障害福祉課記入欄 (以下は記入しないでください)>> -----

本人確認	障 ・ 保 ・ 免 ・ マイ ・ パ ・ 年 ・ ()
------	------------------------------

見積金額	基準額		自己負担額	公費負担額								
円	円		円	円								
給付(貸与)の必要	1 有	2 無	給付(貸与)しない理由									
世帯の負担割合	生活保護世帯 ・ 非課税世帯 ・ 課税世帯											
交 付 該 当 月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3