

日常生活用具費（ストーマ装具・紙おむつ等）助成金交付申請書

令和 年 月 日

柏市長 太田和美 あて

氏名

(対象者が18歳未満の場合は保護者)

住所

TEL (FAX)

下記のとおり、日常生活用具費（ストーマ装具・紙おむつ等）の助成申請をします。

対象者（児）氏名		生年月日	年 月 日
住所			
障害者手帳	身体障害者手帳 種 級 障害名：	療育手帳 障害の程度：	精神障害者保健福祉手帳 級
手帳番号	号	号	号
交付年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入を希望する用具の名称・形式	消化器系/尿路系/洗腸装具/紙おむつ/		
希望する事業者名	※見積書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 見積書後日		
自動更新	<input type="checkbox"/> 申請書の内容にて、毎年自動更新することに同意します。		
<備考>			
※施設入所の場合：施設名			

世帯調書

生活保護の受給 有 ・ 無

<input type="checkbox"/> 負担上限月額を決定するにあたり、助成対象期間中は、世帯状況、課税状況、収入状況、その他必要な事項に関して調査を行うことに同意します。 <input type="checkbox"/> 市町村民税の額を確認できる書類を添付します。(転入等により柏市で課税状況を確認できない場合) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書を添付します。(生活保護世帯の場合)					
世帯員 (注)	氏名	生年月日	続柄	市民税（柏市確認欄）	
			本人	所得割	均等割

注) 対象者が18歳以上の場合は本人及び配偶者