別記様式第26号（第40条関係）

支給番号	決定年月日	課税・非課税	処理年月日

日常生活用具給付等事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

多治見市社会福祉事務所長

次のとおり申請します。以下の申請内容について、各関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

□給付対象者は、居宅の者に相違ありません。
（施設入所中又は入院中ではありません。）

申請者	フリガナ		生年月日	T・S・H　年　月　日 （　歳）		
	氏　名 （18歳以上障害者）		性別	男　・　女		
	居住地	〒 多治見市 電話番号（　）				
フリガナ 利用申請に係る児童氏名（18歳未満）			生年月日	年　月　日（　歳）		
			性別	男・女	続柄	
身体障害者手帳番号	岐阜県　号 級		療育手帳番号	岐阜県　号 A・A1・A2・B1・B2		
精神保健福祉手帳番号	号		疾　病　名			
負担上限月額に関する認定	1．市町村民税非課税世帯に属する者 2．市町村民税課税世帯に属する者					
障　害　名	□　直腸機能障害 □　膀胱機能障害		等級程度			
給付を受けたい用具の名称	□　ストーマ装具(消化器系) □　ストーマ装具(尿路系)		希望する形式及び規模			
給付上で特に希望する事項	申請月：　月　～　月 業者名：					
備　考						

申請書提出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏　名			
	住　所	〒 電話番号（　）		

多治見市長　様

同　意　書

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成１７年１１月７日法律第１２３号）の地域生活支援事業の利用決定にあたり、私及び世帯を同一にする世帯員（18歳以上は配偶者に限る。）の所得及び課税の状況等を市町村が調査することについて同意します。

記

１　利用目的

多治見市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための条例施行規則第45条に定める負担上限月額の決定

２　申請者及び申請者と同一の世帯に属する者（18歳以上は配偶者に限る）

	氏名	個人番号	備考
申請者(保護者)			
配偶者			
世帯員			
世帯員			
世帯員			
世帯員			

令和　　年　　月　　日

（申請者）

住所　多治見市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（記入者）

住所　多治見市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄　　）（℡　　）

本人	□通知 □個人 □他	世帯	□通知 □個人 □他	申請	□本人 □代理 □他	確認	□障害手帳 □運手免許 □他	□医療保険 □年金手帳 □他	□精神通院 □診察券 □他