

様式第1号（第5関係）

長野市日常生活用具給付申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

申請者 住所  
氏名  
（対象者との続柄）  
連絡先（電話）

下記により日常生活用具の給付を申請します。

また、日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務情報その他の情報について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	長野市			
	身体障害者手帳	県・市 第 号	年 月 日 交付		
	療育手帳／精神保健福祉手帳	第 号	年 月 日 交付		
	障害名	直腸、膀胱（ 級）・心臓（ 級）・呼吸器（ 級） 視覚（ 級）・聴覚（ 級）・音言（ 級） 肢体不自由（上肢、下肢、体幹）（ 級） その他・難病（ ） A1・A2・B1・B2 精神障害 1級・2級・3級		障害等級 （身体のみ）	種 級
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日		
			年 月 日		
			年 月 日		
給付を希望する理由		ストーマ造設のため			
給付を受けたい用具の名称		人工鼻・ストーマ装具（消化器系・尿路系）・紙おむつ （ 年 月～ 年 月）			
購入業者名					