

第1号様式（第3条関係）

日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

知多市福祉事務所長 様

申請者 住 所

氏 名
対象者との続柄
電話番号

- -

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。
なお、対象者又は扶養する者が支払うべき額の決定に必要な税関係書類の閲覧を知多市福祉事務所長に委任します。

対象者	フリガナ				
	氏 名		生年月日		年 月 日
手帳	居住地	〒 -		電話番号	- -
	手帳番号	愛知県 第 号	交付年月日		年 月 日
	障害名	直腸機能障害 ・ 膀胱機能障害 ・ 体幹機能障害			(種 級) (判定)
	給付を受けたい用具の名称	ストマ用装具（消化器系） ストマ用装具（尿路系） 紙おむつ	希望する型式・規模等		月から 月まで (計 か月分)
	給付上特に希望する事項	前回申請からの内容変更 無 ・ 有 ()			
	希望する業者				
	給付を希望する理由				
	該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得1 ・ 低所得2 ・ 一般 ・ 一定所得以上			
	生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			
	現在の住まいの状況	住宅 1 自宅 2 借家 (貸主の諾・否)	浴槽 1 和式 2 洋式 3 なし	便器 1 和式 2 洋式 3 携帯用	
	現在の介護の状況	入浴 1 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 自分でできる。	排便 1 他人の介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる。	移動 1 車いす使用 2 他人の介助が必要 3 自分でできる。	
	備 考	見積書 有 ・ 無 (業者依頼 済 ・ 未)			

※ 「申請者欄」及び太枠内を記入してください。
※ 裏面の「記入時の注意事項」もお読みください。

【記入時の注意事項】

◆ 申請できる用具について

障害の種別により、申請できる用具は次のとおりです。

直腸機能障害 … ストマ用装具（消化器系）

膀胱機能障害 … ストマ用装具（尿路系）

体幹機能障害 … 紙おむつ

※ これ以外の組み合わせでの申請はできません。

※ ストマ用装具は、袋のほかに「公益社団法人日本オストミー協会」が示す品目も申請できます。

◆ 申請できる月数について

2か月分、4か月分、6か月分のいずれかで申請できます。

必要な月の前月に申請してください。

※ 遡りでの申請および、1か月を超える未来月の申請はできません。

※ すでに決定した月分の内容変更や再申請はできませんので、

・「状態が変わる可能性があるので2か月分で申請」

・「状態が安定しているため6か月分で申請」

など、自身の状況に合わせた方法での申請をおすすめします。

◆ 見積書について

原則、見積書を添付していただく必要があります。

◆ 給付決定に要する日数について

給付決定までには、申請後、見積書等の書類が揃ってから通常5～7日程度かかります。

（多少前後することがあります。）

書類が揃ってから給付決定手続きとなりますので、用具の残数と所要日数を確認し、余裕を持って申請手続きをしてください。

◆ 利用者負担について

原則、1割負担です。

※ ただし、所得状況等により変動する場合があります。

※ 用具ごとに給付上限がありますので、上限を超える分については利用者負担になります。

◆ その他、ご不明な点などありましたら、下記へお問い合わせください。

知多市 福祉課 障がい者支援

電 話：0562-33-3151（内線421）

0562-36-2650（直通）

FAX：0562-33-3556

ストマ用装具預入制度について

大災害に備えて、ストマ用装具を市で預かる制度を実施しています。

1週間ほどの使用量を携帯用バッグ・ポーチ等（30×20×10センチ以下程度、表面に氏名かニックネームを記載）に収納し、福祉課で申請してください。

保管場所は、保健センター（所在地：知多市新知字永井2番地の1 電話：0562-54-1300）です。すでに預入済みの方は、一定期間以内（1年ほど）に保健センターへ出向いて、装具の更新を行ってください。