排泄管理支援用具給付申請書
（日常生活用具）

年 月 日

住 所

申請者 (TEL - -)

氏 名

(給付対象者との続柄)

赤磐市社会福祉事務所長 様

下記により排泄管理支援用具（日常生活用具）の給付を申請します。

この申請につき、社会福祉事務所長が私または私の世帯員の税務関係情報の調査を行うこと及び税務関係課長が回答することに同意します。

対 象 者	住 所	赤磐市			
	(ふりがな) 氏 名	()			
	生年月日	年 月 日生	性 別	男 ・ 女	
身体障害者手帳 番 号	県 第 号 (級) (年 月 日 交付)				
障 害 名					
給付を受けたい 用 具 の 名 称					
希望する業者名					
該当する所得区分	生活保護世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 市民税課税世帯				
備 考	月 ～ 月分				