

土浦市ストマ用装具等給付申請書

太枠内のみご記入ください。

令和      年      月      日						
(申請先) 土浦市長						
申請者 住所.....						
氏名.....						
電話番号 (続柄      )						
対 象 者	氏      名				生年月日	年      月      日
	身体障害者 手帳番号	都 道 府 県 市	第      号	手帳交付 年月日	年      月      日	
	障    害    名	<input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 体幹機能障害 <input type="checkbox"/> 下肢機能障害			等    級	級
給付を受けたい 用具の名称		<input type="checkbox"/> ストマ用装具 ( <input type="checkbox"/> 畜便袋 <input type="checkbox"/> 畜尿袋      ) <input type="checkbox"/> 紙おむつ				
給付を受けたい 月数		令和      年      月      ～      令和      年      月      (      か月分)				
給付を希望する 業者名						
◎課税証明書等（次のどちらかの番号に○を付けてください。） 1    世帯全員の住民税の課税額等を証明する書類を添付します。 2    生計中心者等の所得状況を税務関係部署に報告を求めることに同意します。						
該当する所得区分 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯で、かつ世帯に市町村民税所得割 46 万円以上の者がいる場合						
世 帯 構 成 員 の 状 況	氏      名	続    柄	職    業	住民税課税の有無	住民税所得割額	備    考
		世帯主	有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
		合      計				
令和      年      月      日 上記のとおり相違ありません。      確認者職氏名						