

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年 月 日

大村市長 様

申請者

住所

氏名

印

電話番号 () -
(給付対象者との続柄)

下記により日常生活用具給付を申請します。

| | | | | | | |
|--------------|-----|--|------|---|----------------------|--|
| 対象者 | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| | 住所 | | | | | |
| | 疾患名 | | | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 職業 | 備考 (対象者に対する介護の状況) | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 給付を希望する理由 | | | | | | |
| 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 他人の介助を必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともしていない 4 自分でできる | 排便 | 1 他人の介助を必要 2 便器 (携帯用) 使用 3 自分でできる | 移動 | 1 車いす使用 2 他人の介助を必要 (一部、全部) 3 自分でできる |
| 給付を受けたい用具の名称 | | | | 希望する型式、規模等 | | |
| 給付上特に希望する事項 | | | | | | 受付印 |
| 備考 | | | | | | |

(注) この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分の所得税又は当該年度分の市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること。