

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

年 月 日

常滑市長 殿

(申請者) 住所

氏名

(対象者との続柄)

電話

次のとおり、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付を申請します。

また市の職員が、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付の可否を決定するため、私の世帯の住民登録資料、課税資料等について、各関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。

| | | | | | | |
|--------------|-----|---|------------|-----------------------------------|----|---------------------------------------|
| 対象者 | 氏名 | (年 月 日生) | | | | |
| | 住所 | (電話) | | | | |
| | 疾患名 | | | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 備考 (対象者に対する介護の状況等) | | |
| | | | | | | |
| 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 | 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 介助必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともにしていない 4 自分でできる | 排便 | 1 介助必要 2 便器（携帯用使用） 3 自分でできる | 移動 | 1 車いす使用 2 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 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |