

東海市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

(あて先) 東海市長

申請者

住 所

氏 名

(給付対象者との続柄)

日常生活用具の給付について、次のとおり申請します。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生 (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 (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								
備 考								

- (注) 1 この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分所得税または当該年度分市町村
民税の課税額を証明する書類を添付すること。(生活保護を受けている人の場合
はその旨についての福祉事務所長の証明書)
2 申請者氏名については自署もしくは記名押印とすること。