

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

上天草市長 様

申請者 住所 上天草市

氏名
(給付対象者との続柄)
電話番号

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

なお、日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録に関する情報、税務に関する情報その他情報について、各関係機関に調査し、照会し、又は閲覧することを承諾します。

給付対象者	住 所	上天草市				
	フリガナ氏名					
	生年月日	年	月	日 (歳)	性別	男・女
	疾病名					
世帯の状況	氏 名	給付対象者との続柄	生年月日	職業	備考 (給付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 車椅子使用 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						