

様式第1号

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年 月 日

鯖江市福祉事務所長 殿

住 所
氏 名
(対象者との続柄) 印

下記により日常生活用具の給付を申請します。

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資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)		
	住 所						
	疾患名						
	症 状						
世帯の状況	氏 名	続 柄	生年月日	職 業	備考 (対象者に対する介護の状況等)		
給付を受けたい用具の名称・希望する業者							
給付を希望する理由							
住まいの状況		住宅	1 持家 2 借家 (貸主の諾否)	浴槽	1 洋式 2 和式 3 なし	便器	1 洋式 2 和式 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	
給付上特に希望する事項							
備考	自宅電話番号 (交付状況) 前回交付 年 月 日交付決定)						

(注意) この申請書には、対象者またはこれを扶養する者の前年分の所得税または市町村民税を証明する書類を添付すること。