様式第1号（第5条関係）

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年　　月　　日

御前崎市長　様

申請者

住　　所

氏　　名

（給付対象者との続柄）

電話番号

下記により日常生活用具給付を申請します。また、申請に関して、申請者及び申請者が属する世帯

の生活保護適用の有無、市民税等の課税状況を、御前崎市が照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 | | |  | | | | | 男・女 | | | 生年月日 | | | | 年 　月 　日（　　歳） | | | | |
| 住　所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　あ　り  2　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自立 | | | | | | 排便 | 1他人の介助を必要  2便器（携帯用）を使用  3自立 | | | | | | | 移動 | 1車椅子使用  2他人の介助を  必要（一部・全部）  3自立 | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 納入業者 | | | 名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　　考 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |