

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書

申請日

宮古島市福祉事務所長 様

申請者
住 所
氏 名
(対象者との続柄)

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

対 象 者	氏 名				生年月日				
	住 所					電話番号			
						Fax 番号			
	疾 病 名								
症 状									
世 帯 員 の 状 況	氏 名	対象者との 続柄	生年月日	職 業	備考 (対象者への介護の状況等)				
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 式			
現在の介護の状況	入浴	1. 他人の介助を必要 3. 入浴、清拭ともしていない		2. 清拭のみ 4. 自分でできる					
	排便	1. 他人の介助を必要 3. 自分でできる		2. 便器(携帯用)使用					
	移動	1. 車いす使用 3. 自分でできる		2. 他人の介助が必要 (一部、全部)					
給付を受けたい用具の名称				希望する形式 規模等					
給付上特に希望する事項									

この申請において、生計中心者の源泉徴収票か確定申告書の控えの写しを添付するとともに、所得状況については、地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

氏名