

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

三股町長 あて

(申請者)

住 所

氏 名

㊟

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。

対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)	
	住 所	電話				
	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) 有・無	浴 槽	1 和式 2 洋式 3 なし	
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)を使用 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						

上記に係る決定のため、必要があるときは、対象者及びその世帯員の所得及び課税の状況等について調査及び照会、閲覧することを承諾します。

年 月 日

申請者氏名

㊟