

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

(宛先) 五島市長

申請者 住 所
氏 名

(対象者との続柄)

下記により小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所							
	疾患名							
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	職 業	摘要 (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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 (貸主の諾否)		浴 槽	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> なし	便 器	<input type="checkbox"/> 和 式 <input type="checkbox"/> 洋 式 <input type="checkbox"/> 携帯用
現在の介護の状況	入 浴	<input type="checkbox"/> 他人の介助が必要 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 入浴、清拭ともし ていない <input type="checkbox"/> 自分でできる		排 便	<input type="checkbox"/> 他人の介助を 必要 <input type="checkbox"/> 便器 (携帯用) 使用 <input type="checkbox"/> 自分でできる		移 動	<input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 他人の介助 を必要 (一部、全部) <input type="checkbox"/> 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								
摘 要								

備考

- この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分所得税又は当該年度分市町村民税（1月から6月までの間に申請する場合にあっては、前々年分の所得税又は前年度分の市町村民税）の課税額を証明する書類（生活保護を受けている人の場合は、生活保護受給者証の写し）を添付すること。
- 申請者氏名については、自署又は記名押印とすること。