

志免町小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

年 月 日

志免町長 様

申請者
住 所

氏 名 印

(給付対象者との続柄：)

電 話

以下により小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付を申請します。

なお、給付決定に当たり、私の世帯の住民基本台帳及び課税台帳の閲覧並びに関係機関へ照会を行うことに同意します。

対象者	氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)			
	居 住 地							
	受給者番号			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 持家 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 携帯用	
現在の介護の状況	入 浴	1 他人の介助が必要 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 他人の介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる		移 動	1 車椅子使用 2 他人の介助が必要(一部、全部) 3 自分でできる
給付を受けたい用具の名称								
給付上特に希望する事項								
備 考								