

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

（宛先）津島市長

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。

記

対象者	氏名	(男・女)		生年月日	年 月 日
	住所				
	疾病名				
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	介護状況	
住居の状況	住宅	1 自宅 2 借家（貸主の承諾 有 ・ 無 ）			
	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 他人の介助が必要 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			
給付を希望する理由					
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					

この申請に関する審査に必要な範囲で世帯及び所得に関する公簿の閲覧を承諾します。

（申請者氏名） _____ 印

- 添付書類
- 1 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
 - 2 医師の作成する診断書・意見書（様式第2号）
 - 3 給付を受けようとする用具の見積書及び用具の詳細がわかるもの
 - 4 申請の日の属する年度分の市町村民税額のわかる書類
- ※添付書類4について、公簿等により確認が可能な場合は省略することができます