

様式第1号(第5条関係)

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

磐田市長

申請者  
住所  
氏名  
(対象者との続柄)

次のとおり、小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付を申請します。なお、本申請に係る自己負担額認定にあたり、私及び下記の世帯員の税務資料の閲覧について承諾します。

対 象 者	氏名		生年月日	年 月 日生( 歳)			
	住所	1 申請者と同じ 2 磐田市		電話番号			
	疾患名						
	症状						
	担当医	市	病院(医院)	科 氏名			
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 泄	1 他人の介助を 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 他人の介助を 必要(全部又は 一部) 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							
給付券発行日		年 月 日 (NO. )					