

ひたちなか市長 様

申請者
住所
氏名
(対象者との続柄)
電話番号

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

下記により、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付を申請いたします。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)		
	住所						
	疾病名			小児慢性特定疾病 医療受給者番号			
世帯の 状況	氏名	対象者との 続柄	生年月日	職業	備考		
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)	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 車いす使用 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				希望する型 式, 規模等			
給付上特に希望 する事項							
備考							

- (注) 1 小児慢性特定疾病医療受給者証の写しを添付すること。
2 前年分所得税又は当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること。