様式第1号（第3条関係）

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

天草市福祉事務所長　　様

申請者　住所　天草市

氏名

（対象者との続柄　　　　　　）

電話番号

　次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

　なお、決定にあたり、私の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 | 天草市 |
| フリガナ氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 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 |
|  |  |  |  |  |
| 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（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 |  |