

様式第1号(第4条関係)

福知山市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

福知山市長 様

住所
申請者 氏名
電話番号

(給付対象者との続柄:)

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)		
	住所						
	疾患名						
世帯の状況	氏名	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 自宅 2 借家(貸主の諾否)	浴 槽	1 有 2 無	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 他人の介助を必要 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							
同意書							
小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付の決定のため、私及び私の世帯員の課税状況について、課税台帳を閲覧されることに同意します。							
氏名 _____							

※ 添付書類 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の写し