

別記第1号様式(第5条関係)

音更町小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住所

氏名

㊟

(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。また、給付の可否の決定のために必要な音更町が行う一切の調査等に同意します。

| | | | | | | |
|--------------|---------|---|-----------|---------------------------------------|----|--|
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日(歳) | | |
| 住所 | | | | | | |
| 疾患名 | | | | | | |
| 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 自分でできている | 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 | | | 希望する形式規模等 | | | |
| 給付上特に希望する事項 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

(注) 1 添付書類

- ・小児慢性特定疾患医療受診券の写し
- ・対象児童の扶養義務者の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(生活保護及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている人の場合はその旨についての証明書)(ただし、公簿等によって確認することができる場合は、これを省略することができる。)

2 申請者氏名については自署若しくは記名押印すること。