

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

佐々町長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
(対象者との続柄)

佐々町小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり日常生活用具の給付を受けたいので、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 | 対象者との続柄                                        | 生年月日       |     | 職 業                                | 備 考<br>(対象者に対する介護の状況等) |     |                                           |
|              |     |                                                |            |     |                                    |                        |     |                                           |
|              |     |                                                |            |     |                                    |                        |     |                                           |
|              |     |                                                |            |     |                                    |                        |     |                                           |
| 給付を希望する理由    |     |                                                |            |     |                                    |                        |     |                                           |
| 現在の住いの状況     |     | 住 宅                                            | 1自宅<br>2借家 |     | 浴 槽                                | 1和式<br>2洋式<br>3なし      | 便 器 | 1和 式<br>2洋 式<br>3携帯用                      |
| 現在の介護の状況     | 入 浴 | 1他人の介助を必要<br>2清拭のみ<br>3入浴、清拭ともしていない<br>4自分でできる |            | 排 便 | 1他人の介助を必要<br>2便器(携帯用)使用<br>3自分でできる |                        | 移 動 | 1車いす使用<br>2他人の介助を必要<br>(一部、全部)<br>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          |     |                                                |            |     |                                    |                        |     |                                           |

添付書類

- 1 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- 2 扶養義務者等の前年度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福祉事務所長の証明書)(下記「承諾書」に記入した場合は不用)

承諾書

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付決定の所得確認に関し、担当職員が町民税課税台帳等に関する書類を閲覧することについて承諾します。

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印※ \_\_\_\_\_

※自筆による署名または記名押印のいずれかとする