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

　（あて先）久御山町長

申請者

住所

氏名

電話

(給付対象者との続柄：　　　　)

　下記により日常生活用具給付を申請します。

　給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他必要な資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名(※) | （個人番号：　　　　　　　　） | 生年月日 | 年　月　日生(　　　歳) |
| 住所(※) |  |
| 疾病名 |  |
| 世帯の状況 | 氏名（個人番号） | 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費医療受給者証の写し、用具の見積書を添付してください。

　　２　申請者が18歳以上の対象者本人の場合、（※）は同上と記載してください。