

別記第1号様式

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

函館市長様

年 月 日

〒
住 所 函館市
申請者
氏 名

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。なお、この申請に係る給付の決定に必要な場合は函館市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具実施要綱に基づき、受給者と同一の世帯に属する者の地方税関係情報等について公簿等により確認することについて同意します。

対 象 者	氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	函館市						
	電 話							
	疾病名			小児慢性特定疾病医療 受給者証受給者番号				
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 介護の状況等〕		
給 付 を 希 望 す る 理 由								
現 在 の 住居等の 状 況	住 宅	1 自 宅 2 借 家	借家の 場合貸 主諾否	1 承 諾 2 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 種 目					希望する型式、 規 模 等			
給 付 に 関 し 特に希望する事項								
備 考								