

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

(あて先)

八戸市長

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

(対象者との続柄： )

電話番号

下記のとおり、日常生活用具給付を申請します。

なお、当該申請に係る審査のため、世帯の状況及び市民税の課税状況の調査をすることに同意します。

対象者※	氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住 所				
	疾病名				
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 あり 2 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 車椅子使用 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					
備 考					

※申請者本人と異なる場合に記入。なお、申請者本人の場合は本人と記載する。