

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

(あて先) 一宮市長

申請者 (給付対象者が満18歳未満の場合は保護者)

住 所

氏 名

対象者との続柄 () 電話

下記のとおり、日常生活用具の給付申請をします。

日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

対象者	氏 名		生年 月日		年 月 日		(歳)	
	住 所							
	疾病名			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	<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 特殊マット <input type="checkbox"/> 特殊便器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 歩行支援用具 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 頭部保護帽 <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> クールベスト <input type="checkbox"/> 紫外線カットクリーム <input type="checkbox"/> ネブライザー (吸入器) <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> ストーマ装具 (消化器系) <input type="checkbox"/> ストーマ装具 (尿路系) <input type="checkbox"/> 人工鼻				希 望 す る 型 式 、 規 模 等			
給付上特に希望する事項								
備考								