

別 記

第1号様式(第5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)酒々井町長

住 所
氏 名
申請者 (対象児童等との続柄)
電話番号

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

記

対象児童等	氏 名		生年月日	年 月 日			
	住 所						
	疾 病 名						
世帯員等の状況	氏 名	対象児童等との続柄	生年月日	職業	備考 (対象児童等に対する介護の状況)		
	-----	-----	-----	-----	-----		
	-----	-----	-----	-----	-----		
	-----	-----	-----	-----	-----		
申請理由							
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 他人の介助を必要 2 清拭のみできる。 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)を使用 3 自分でできる。	移 動	1 他人の介助を必要(一部・全部) 2 車いすを使用 3 自分でできる。	
給付を受けたい日常生活用具の名称				希望する型式規模等			
給付を受けるに当たり特に希望する事項							