

様式第1号(第3条関係)

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年 月 日

岩沼市長 殿

申請者  
住 所  
氏 名  
(対象者との続柄： )  
電 話

下記により小児慢性特定疾患児日常生活用具の給付を申請します。

対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生( 歳)		
	住 所						
	疾 患 名						
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	年齢	職業等	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				希望する形式、規模等			
給付上特に希望する事項							
備考 添付書類		(1) 対象者の扶養義務者の前年分所得税又は当該年度分市民税の課税額を証明する書類を添付してください。 (2) 小児慢性特定疾患医療受診券の写しを添付してください。					