様式第1号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書  　宇美町長  申請者  住　所  氏　名  給付対象者との続柄(※)（　　　　　）  電話番号  次のとおり日常生活用具の給付を申請します。  なお、給付決定のため、世帯の住民登録状況、税務資料その他について各関係機関に調査又は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(※) | 宇美町 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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入浴清拭共していない  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車椅子使用  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名称 | | |  | | | | | | | | 希望する型式、規模等 | | | |  | | |
| 給付上特に希望する事項 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

（注）1　この申請書には、対象者の小児慢性特定疾病医療受給者証の写し及び扶養義務者の前年分所得税又は当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類（生活保護を受けている人及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている人の場合は、その旨についての福祉事務所長の証明書）を添付すること。

　　　2　（※）は申請者本人と異なる場合に記入してください。なお、申請者本人の場合は本人と記載してください。