

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

明 石 市 長 様

申請者 { 住所
氏名
TEL

対象者との続柄 ()

下記により小児慢性特定疾病児童日常生活用具費の給付を申請します。

対象者	氏名		生年月日		
	住所				
	疾患名				
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者の状況等を記載する。）

給付を希望する理由					
現在の住いの状況	住宅	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)	浴槽	1 和式 2 様式 3 なし	便器 1 和式 2 様式 3 携帯用
現在の介護の状況 入浴	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 他人の介助を必要 (一部、全部) 3 自分でできる
給付を希望する用具の名称		希望する形式 規模等			
希望する業者					
備考					