|  |
| --- |
| 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 （宛先）橿原市福祉事務所長 　 ＜申請者＞ 　　　　　　　　　　　　 住所  　　　　　　　　　　　　　 氏名 　　　　　　　　　　　　　 　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 個人番号 　　　　　　　　　　　　 （対象者との続柄）下記により小児慢性特定疾病児童等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) |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  |
| 疾病名 |  |
| 世 帯 の 状 況 | 氏 名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 職 業 | 個人番号 |  備 考（対象者に対する介護の状況等） |
|  | 本人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 給付を受けたい用具の名称 |  | 希望する形式、規模等 |  |
| 希望する購入業者 | 名称 | 所在地 | 電話番号 |
| 備 考 |  |

様式第１号（第４条関係）

注）申請者氏名については自署もしくは記名押印とすること。

|  |
| --- |
| （同意）小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付に関して、利用者負担額を決定するために、私の住民登録状況、税務状況、　　年分の所得税の税額を調査することに同意します。また、私の世帯員の住民登録状況、税務状況、該当年度の所得税の税額、その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することの同意については、世帯員の同意書を添付します。年　　月　　日　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 |