

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

久留米市長 様

申請者 住 所
氏 名
(給付対象者との続柄)

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。
なお、この申請に係る利用者負担額の決定に際し、申請世帯の課税状況等を市で確認されることに同意します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日(歳)	
	住所				電話	
	疾病名					
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	性別	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					希望する型式、規模等	
給付上特に希望する事項						
備考						