

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

平成 年 月 日

久留米市長 様

申請者 住 所

氏 名

印

(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							

(注意) 1 この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分所得税または当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類を添付してください。(生活保護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)

2 申請者氏名については自署もしくは記名押印してください。