

様式第1号（第5条関係）

十日町市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

十日町市長 様

申請者 住所
氏名 印
電話
給付対象者との続柄

次のとおり用具の給付を受けたいので申請します。なお、費用負担額を決定するために、給付対象者及び給付対象者の属する世帯の全ての者の所得税及び市民税に関する資料を閲覧することを承諾します。

給付対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
	住所				
	疾患名				
世帯の状況	氏名	給付対象者との続柄	生年月日		備考(給付対象者に対する介護の状況等)
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
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 あり 2 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)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					