

様式第 1 号（第 5 条関係）

糸満市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書

年 月 日

糸満市福祉事務所長 殿

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、給付対象者および給付対象者の属する世帯のすべての者の市町村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 病 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 |                                       |                     |                                               |
|              |       |                                                     | 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<br>2 借家<br>(貸主の諾否)                             | 浴槽    | 1 あり<br>2 なし                          | 便器                  | 1 和式<br>2 洋式<br>3 携帯用                         |
| 現在の介護の状況     | 入浴    | 1 他人の介助を必要<br>2 清拭のみ<br>3 入浴清拭ともしていない。<br>4 自分でできる。 | 排便    | 1 他人の介助を必要<br>2 便器(携帯)使用<br>3 自分でできる。 | 移動                  | 1 車いす使用<br>2 他人の介助を必要<br>(一部、全部)<br>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                             |                     |                                               |
| 給付上特に希望する事項  |       |                                                     |       |                                       |                     |                                               |
| 備 考          |       |                                                     |       |                                       |                     |                                               |