

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

平成28年 4月 1日

(宛先) 西尾市長

申請者 住所 西尾市寄住町〇〇〇
氏名 西尾太朗
(給付対象者との続柄) 父

下記により小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付を申請します。

対象者	氏名	西尾二郎		男・女	生年月日	平成〇〇年〇月〇日生(2歳)		
	住所	西尾市寄住町下田2番地		電話0563-56-2111				
	疾患名	〇〇による〇〇機能障害						
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考 対象者に対する介護の状況等			
	西尾太朗 西尾花子	父母	昭和〇年〇月〇日 昭和〇年〇月〇日	会社員 パート	毎日、西尾花子が対象者の介護を行っている。			
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		パルスオキシメーター			希望する型式、規模等		DP-143	
給付上特に希望する事項								
備考								

(注) 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すること。(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とすること。