

別 記

第 1 号様式 (第 5 条第 1 項)

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

香取市長 殿

申請者

住 所

氏 名

(給付対象児童との続柄：)

(自署又は記名押印)

下記により日常生活用具給付を申請します。

添付書類のうち、市町村民税額を証する書類を省略し、私及び世帯員に係る課税状況等調査に同意します。

対象児童	氏 名				男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住 所								
	疾病名								
世帯員の状況	氏 名	対象児童との続柄	生年月日	職 業	備 考 (対象者に対する介護の状況等)				
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 車椅子使用 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									