

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書

年 月 日

岩見沢市福祉事務所長 様

申請者

住 所

氏 名

(印)

(給付対象者との続柄)

下記により小児慢性特定疾病児日常生活用具給付を申請します。

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	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 )
給付を希望する理由					
現在の住まいの状況		住 宅	1 自宅 2 貸家 (貸主の諾否)	浴 槽	1 和 式 2 洋 式 3 な し
現在の 介護状況		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
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					
同意書 私は、この申請に係る事務を行うため、岩見沢市福祉事務所長が市の所有する私及び私の世帯に関する必要な個人情報(住民基本台帳情報、税情報等)を利用することに同意します。 年 月 日 氏名 印					