

様式第1号（第4条関係）

多賀城市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書									
					年 月 日				
多賀城市長 殿									
申請者 住所 氏名 (対象者との続柄) 電話番号									
次のとおり、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付を申請します。									
対象者	氏名			生年月日	年 月 日生 (歳)				
	住所	多賀城市							
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考 (介護者に対する介護の状況等)				

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 他人の介助が必要 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 他人の介助が必要 2 便器（携帯用）使用 3 自分でできる。		移動	1 車いす使用 2 他人の介助が必要 (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				
前回給付の有無		有 ・ 無 *有の場合 給付用具の名称等 給付年月日 年 月 日							
給付を希望する理由									
購入業者名					購入業者の住所		(電話)		
給付上、特に希望する事項									
備考									

- (注意) 1 前回給付の有無の欄は、本所から当該小児慢性特定疾病児童等に対して、過去に、今回給付を希望する日常生活用具と同一の性能を有する日常生活用具の給付があったかどうかについて記載すること。
- 2 給付を希望する理由欄は、過去に給付のあった日常生活用具と同一の性能を有する日常生活用具の給付を再度希望する場合にあっては、その理由も合わせて記載すること。