

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

久留米市長 宛

申請者 住 所
氏 名
(給付対象者との続柄)

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。
なお、この申請に係る利用者負担額の決定に際し、申請世帯の課税状況等を市で確認されることに同意します。

| | | | | | | | | |
|--------------|---------|---|-------------------------|----|---------------------------------------|-----------|-----------------------|--|
| 対象者 | 氏名 ※ | | | | 生年月日 | 年 月 日(歳) | | |
| | 住所 ※ | | | | 電話 | | | |
| | 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 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 | | | 希望する型式、規模等 | | | | | |
| 給付上特に希望する事項 | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | |

※ 申請者本人と異なる場合に記入。なお、申請者本人の場合は本人と記載する。