

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。