

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

五條市長 殿

申請者

住 所

氏 名 印

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

なお、給付の可否の決定に当たり、住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

記

対象者	氏 名			男・女	生年月日	年 月 日	
	住 所						
交付を受けたい日常生活用具の名称							
給付を希望する理由							
給付上、特に希望する事項							
世帯員	氏名	続柄	生年月日		職業	備考	
住まいの状況		住宅	1 自家 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
介護の状況	入浴	1 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴・清拭ともしてない 4 自分ができる		排便	1 他人の介助が必要 2 便器（携帯用）使用 3 自分ができる		移動 1 車椅子使用 2 他人の介助が必要（一部・全部） 3 自分ができる

(注) 父母及び住民票上の世帯員全員を記入ください。