

茅ヶ崎市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長

住 所

申請者 氏 名

印 (対象者との続柄:)

電話番号

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

なお、申請にあたり所得状況を公簿等により確認することに同意します。

給付対象者の状況	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	生 歳
	居住地					
	疾患名					
	室内移動	自立	一部介助	全面介助	車椅子使用	※日常生活動作について、該当箇所に○を付けてください。
	排 泄	自立	一部介助	全面介助	常時おむつ	
	入 浴	自立	一部介助	全面介助	清拭のみ	
	床上動作	自立	一部介助	全面介助		
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	備考 (対象者に対する介護の状況等)		
給付を受けたい用具の名称				希望する型式、規模等		
給付を希望する理由						
給付上特に希望する事項						
備 考						

(注意) この申請書には、◎小児慢性特定疾病医療受給者証の写し、◎給付を受けようとする用具の見積書、◎世帯全員の所得等に関する状況を確認することができる書類の写しを添付してください。
備考：本人が自筆で氏名を記入したときは、押印を省略することができます。

担当課記入欄	申請受付番号()
--------	-----------