

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

（宛先）山形市長

申請者 住 所
 （保護者）氏 名 印
 電 話
 対象者との続柄 （ ）

下記により日常生活用具給付を申請します。

日常生活用具給付の要否の決定に際して必要があるときは、私の世帯に係る市町村民税課税台帳その他所得状況を確認できる書類を閲覧する等の調査を行うことに同意します。

なお、日常生活用具給付の要否の決定後は、いかなる理由があっても、申請の取下げの申出を行いません。

対象者	氏 名				受給者番号		
	住 所	山形市			生年月日	年 月 日生（ 歳）	
	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		
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							
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 あり 2 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	
備 考							

（注）この申請書には、小児慢性特定疾病医療受給者証の写し、用具のカタログ等を添付してください。