

様式第1号（第3条関係）

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

美濃加茂市長（氏名）宛

住所  
申請者 氏名  
対象者との続柄（ ）

下記により日常生活用具の給付を申請します。なお、申請に当たり、日常生活用具の給付と負担額の決定のために必要な世帯の市町村民税額、所得税額その他必要な事項を確認することに同意します。

対象者	氏名				生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所							
	疾病名							
	症状							
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 4 なし
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 他人の介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる		移動	1 車いす使用 2 他人の介助が必要 (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								
(注意) 添付書類								
1 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し								
2 対象者と同一世帯で収入のある方全員の当該年度分市町村民税又は前年分所得税の課税額を証明する書類（生活保護法による保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合は、その旨を証明する書類）								
3 給付を受けようとする用具の見積書								