別　記

第1号様式(第5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

　(あて先)酒々井町長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　　所　　　　　　　　　　氏　　名（対象児童等との続柄）　　　電話番号　　　　　　　　　　 |

　下記により、日常生活用具の給付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童等 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 疾病名 |  |
| 世帯員等の状況 | 氏名 | 対象児童等との続柄 | 生年月日 | 職業 | 備考(対象児童等に対する介護の状況) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申請理由 | 　 |
| 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　清拭のみできる。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)を使用3　自分でできる。 | 移動 | 1　他人の介助を必要（一部・全部）2　車いすを使用3　自分でできる。 |
| 給付を受けたい日常生活用具の名称 | 　 | 希望する型式規模等 | 　 |
| 給付を受けるに当たり特に希望する事項 | 　 |