

下関市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) 下関市長

(申請者) 住所

TEL ( ) -

氏名 印

(対象者との続柄 ) ※自署の場合押印不要

下記により日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日( 歳)	
	住所					
	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 (対象者に対する介護の状況)	
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	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
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						

この申請に対する決定について、必要な下記の事項に関する情報を確認または照会することに同意します。

1. 世帯確認のための住民基本台帳の閲覧
2. 市町村民税の確認のための市町村民税所得課税台帳確認

年 月 日

下関市長 様

氏名

印

※同意いただけない場合は、追加書類の提出をお願いいたします。