

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

豊田市長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

（対象者との続柄）

電話番号

- -

下記により日常生活用具給付を申請します。

対象者	氏名				生年月日			
	住所	1 申請者と同じ 2 豊田市						
	疾病名							
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	職 業	個人番号			
給付を希望する理由								
現在の住まいの状況	住 宅	1 持ち家 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 他人の介助が必要 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 車椅子使用 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					希望する形式、規模等			
業者名								
給付上特に希望する事項								
備 考								