

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 - -

下記のとおり、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名					生年月日 年 月 日生 (歳)	
	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							

本申請の決定のため、私の世帯の市民税、収入額等に係る税務資料その他の公簿等の閲覧及び関係機関に調査・照会・閲覧をすることを豊田市長に委任します。

申請者氏名 _____