

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) 佐倉市長

住所 佐倉市海隣寺町97番地

保護者(対象者が18歳以上の場合は本人)

申請者 氏名 佐倉 一郎

児童等(対象者本人)

(対象者との続柄 父)

つとおり日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏 名	佐倉 太郎		生年月日	2020年4月1日生(3歳)	
	住 所	佐倉市海隣寺町97番地				
	疾 病 名	全身性エリテマトーデス				
	症 状	自己免疫による炎症性の疾患				
世帯員の状況	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)	
	佐倉 一郎	父	SOO.O.O	会社員	家族全員で介護している。	
	佐倉 花子	母	SOO.O.O	専業主婦		
	佐倉 夢子	姉	HOO.O.O	公務員		
	佐倉 繁治郎	祖父	TOO.O.O	無職		
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 あり ② 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 ③ 入浴清拭ともしていない ④ 自分で行える	排 便	① 他人の介助が必要 ② 便器(携帯用)使用 ③ 自分で行える	移 動	① 車いす使用 ② 他人の介助が必要(一部、全部) ③ 自分で行える
給付を受けたい用具の名称	紫外線カットクリーム			希望する型式、規模等	△△UVOOクリーム	
給付上特に希望する事項						
備 考	申請する用具名・商品名					

次に該当するかたすべてを記入

①児童等(対象者本人)の同一世帯員全員

②それ以外の扶養義務者

同意書

私は、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民税額その他必要な事項及び住民基本台帳を確認することに同意します。

保護者(対象者が18歳以上の場合は本人)※印鑑を忘れずに!

世帯主氏名

佐倉 一郎

㊞