|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名  （対象者との続柄　　　　　）  　以下のとおり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 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |
| 疾病名 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |
| 症状 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |
| 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） | | | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | | |
| 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車いす使用  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 | |  | | | | | | | | 希望する型 式、規模等 | | |  | | |
| 給付上特に 希望する事項 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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。**  **世帯主氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞** | | | | | | | | | | | | | | | |