様式第1号(第5条関係)

国頭村小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年　　月　　日

　国頭村長　　　　様

居住地

申請者　氏名

対象者との続柄

電話番号

　国頭村小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | |  | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | |
| 居住地 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | 氏　　　　　名  個　人　番　号 | | | | 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) | | | | | | |
| 個人番号： | | | |  | |  |  | |  | | | | | | |
| 個人番号： | | | |  | |  |  | |  | | | | | | |
| 個人番号： | | | |  | |  |  | |  | | | | | | |
| 個人番号： | | | |  | |  |  | |  | | | | | | |
| 個人番号： | | | |  | |  |  | |  | | | | | | |
| 個人番号： | | | |  | |  |  | |  | | | | | | |
| 給付を希望する理由 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 給付を受けたい用具の名称 | | | | | |  | | | | 希望する形式規模等 | | | | | |  |
| 給付上、特に希望する事項 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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)自分で出来る | | | | 移動 | | (1)車いすを使用  (2)他人の介助を必要  (3)自分で出来る | |
| 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 | | | 便器 | | (1)和式  (2)洋式  (3)携帯用 | | |
| 備考 | | | | | |  | | | | | | | | | | |

注　1　この申請書には、次の書類を添付すること。

　　　(1)　小児慢性特定疾患医療受給者証の写し

　　　(2)　給付を希望する用具の見積書

　　　(3)　扶養している人の所得税額を証明する書類及び市町村民税を証明する書類