様式第１号（第３条関係）

日南町小児慢性特定疾病児童等日常生活用具申請書

　　年　　月　　日

　日南町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

(対象者との続柄)

　日常生活用具の給付について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | 　 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日生(　　歳) |
| 住所 | 　 |
| 疾病名 | 　 |
| 世帯の状況 | 氏名 | 承諾印※(注)１ | 対象者との続柄 | 生年月日 | 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　(貸主の承諾　有・無) | 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　介助必要2　清拭のみ3　入浴、清拭ともしていない4　介助不要 | 排便 | 1　介助必要2　便器(携帯用)使用3　介助不要 | 移動 | 1　車いす使用2　介助必要　(一部、全部)3　介助不要 |
| 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 | 　 |

（注）１　この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分所得税又は当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること。ただし、当該書類の提出に代えて町が公簿等により確認することに同意する場合は、承諾欄に押印をすること。

２　申請者氏名については、自署又は記名押印すること。