様式第１号(第４条関係)

年　　月　　日

　身延町長　　　様

(申請者)

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　㊞

(給付対象者との続柄)

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

次のとおり、日常生活用具給付を申請します。

なお、本申請に係る審査のため必要があるときは、私及び私の世帯員の住民登録情報、税務情報等について、関係機関に調査、照会をすることについて同意します。

また、身延町において、これらの情報を把握することが出来ないときは、必要な書類を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 | |  | | | | | | | | 男　・　女 | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | 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　貸　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自分でできる | | | | | | | 移動 | １車いす使用  ２他人の介助を必要  (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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１　この申請書には、必要に応じ対象者の扶養義務者の前年分所得税または当該年度分市町村民税(１月から６月までの申請にあっては前々年分の所得税又は前年度分の市町村民税)の課税額を証明する書類を添付すること。 (生活保護を受けている人及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている人の場合はその旨についての福祉事務所長の証明書)

２　申請者氏名については自署又は記名押印とすること。