様式第１号（第４条関係）

# 東海村小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年　　月　　日

東海村長　　様

申　請　者　住　　所

氏　　名　　㊞

（対象者との続柄）

電話番号

下記により，小児慢性特定疾患児日常生活用具の給付を申請いたします。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 対象者 | 氏　　名 | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日生<br>（　　歳） |
| | 住　　所 | 東海村 | | | |
| | 疾　患　名 | | | 小児慢性特定疾患医療受診券受給者番号 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 世帯の状況 | 氏　　名 | 対象者との続柄 | 生　年　月　日 | 職　　業 | 備　　考 |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 給付を希望する理由 | | | | | | |
| 現在の住まいの状況 | 住宅 | １　自　宅<br>２　借　家<br>（貸主の諾否） | 浴槽 | １　和　式<br>２　洋　式<br>３　な　し | 便器 | １　和　式<br>２　洋　式<br>３　携帯用 |
| 現在の介護の状況 | 入浴 | １　他人の介助が必要<br>２　清拭のみ<br>３　入浴・清拭ともしていない<br>４　自分でできる | 排便 | １　他人の介助が必要<br>２　便器(携帯用)使用<br>３　自分でできる | 移動 | １　車いすの使用<br>２　他人の介助が必要（一部，全部）<br>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 | |

注意事項

１　小児慢性特定疾患医療受診券の写しを添付すること。

２　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。

３　申請者の氏名については，記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。