

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

府中町小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

府 中 町 長 様

申請者

住 所 府中町

氏 名

印

（対象者との続柄

）

下記により日常生活用具給付を申請します。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生（ 歳）		
	住 所	府中町			電話（ ） —		
	疾患名						
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 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 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、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の課税額を証明する書類を添付すること。

2 申請者氏名については自署もしくは記名押印とすること。