

様式第 1 号（第 3 条関係）

府中町小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

平成 年 月 日

府 中 町 長

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。なお、町が行う所得等の調査については、世帯全員が同意しています。

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 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 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴清掃して ない 4 自分でできる		排 便	1 他人の介 助が必要 2 便器使用 3 自分で 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				希望する形式 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。