様式第１号（第５条関係）

武豊町小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書

年　　　月　　　日

武豊町長

(申請者)　住所

氏名

（対象者との続柄　　　　　　　）

小児慢性特定疾病児日常生活用具の給付について、次のとおり申請します。

支給要件の確認のため、対象者本人及び世帯に関する個人情報（住民基本台帳、課税台帳）を利用することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 | （　　　　　年　　月　　日生） | | | | | |
| 住　　所 | （電話　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 疾患名 |  | | | | | |
| 給付用具名 | |  | | | | | |
| 給付を希望  する理由 | |  | | | | | |
| 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. 様式 3. なし | 便器 | 1. 和式 2. 様式 3. 携帯用 |
| 生活の状況 | | 入浴 | 1. 介助必要 2. 清拭のみ 3. 入浴、清拭ともにしていない 4. 自分でできる | 排便 | 1. 介助必要 2. 便器（携帯用使用） 3. 自分でできる | 移動 | 1. 車いす使用 2. 介助を必要   （一部、全部）   1. 自分でできる |
| 備　　　考 | |  | | | | | |

※添付書類

　１　小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

　２　用具の見積書

３　カタログの写しその他用具の詳細がわかる資料

４　対象者の扶養義務者の前年分所得税又は当該年度分町県民税の課税額を証明する

書類（転入者並びに前年分所得税又は当該年度分町県民税のいずれも未申告の者の場合）

５　その他（町長が必要と認めた場合のみ）