

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

年 月 日

(あて先) 旭川市長

申請者 住 所

氏 名

(対象者との続柄)

電話番号

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所					
	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 借 家 (家主の諾否)	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 便器使用 (携帯用) 3 自分で できる	移 動	1 車椅子使用 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						

様式第 1 号