様式第１号

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		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						