

福島市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

福島市長

申請者

住所

氏名

(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。

自己負担額決定のために小児慢性疾患医療費支給認定申請で提出した情報を活用し、世帯情報及び税情報を確認することに同意します。(同意されない場合は、対象者を扶養する者の課税(非課税)を証明する書類を添付すること。)

対象者	氏名		男女	医療受給者番号			
	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考(対象者に対する介助の状況等)		
世帯の状況							
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(賃主の諾否)	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 他人の介護を必要 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 他人の介護を必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる	移動	1 車いす使用 2 他人の介護が必要(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							

\*添付書類 医療受給者証の写 見積 カタログ等の写 委任状 税証明  
本人確認