

様式 1

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

北九州市長 様

申請者 住所

氏名

Ⓜ

※自署の場合は押印不要

(給付対象者との続柄 (※))

電話 - -

次のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

また、決定にあたり、世帯状況、所得状況等について、各関係機関に調査、照会、又は閲覧することを承諾します。

対象者	ふりがな										
	名前 (※)	受給者番号 (小慢医療受給者証)									
		生年月日		年		月		日		(歳)	
	住所 (※)										
現在の住まいの状況	住宅	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 (貸主の諾否)									
	浴槽	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> なし									
	便器	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 携帯用									
現在の介護の状況	入浴	<input type="checkbox"/> 他人の介助を必要 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 入浴、清拭ともしていない <input type="checkbox"/> 自分でできる									
	排便	<input type="checkbox"/> 他人の介助を必要 <input type="checkbox"/> 便器 (携帯用) 使用 <input type="checkbox"/> 自分でできる									
	移動	<input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 他人の介助を必要 (一部・全部) <input type="checkbox"/> 自分でできる									
給付を希望する理由											
給付を受けたい用具の名称								希望する型式・規格等			
給付上特に希望する事項											
備考											

世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	市町村民税課税状況	
					均等割	所得割額
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円

【添付書類】

小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

(注) (※) は申請者本人と異なる場合に記入、なお、申請者本人の場合は本人と記載する。