

様式第 1 (第 4 条関係)

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

(宛先) 北名古屋市長

申請者
住 所
氏 名
(給付対象者との続柄)

下記により日常生活用具給付を申請します。
なお、所得要件を確認するため、扶養義務者の所得税及び市県民税に関する課税台帳等を北名古屋市職員が閲覧することを承諾します。

対象者	氏 名				生年月日	年 月 日		
	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(貸主の諾否)	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(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								

(注) 生活保護を受けている場合は、その旨についての福祉事務所長の証明書を添付すること。