

様式第1号（第3条関係）

春日市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

（宛先）春日市福祉事務所長

年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

（対象者との続柄） _____

電 話 _____

次のとおり、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付を申請します。

なお、給付の可否の決定に当たり、住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
	住 所	春日市				
	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（介護の状況等）	
給付を希望する理由						
住まいの状況	住宅	1 自家 2 借家 (貸主の諾否)	浴槽	1 あり 2 シャワーのみ	便器	1 和式 2 洋式 3 簡易型
介護の状況	入浴	1 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともして いない 4 自分でできる	排泄	1 他人の介助が必要 2 便器(携帯用) 使用 3 自分でできる	移動	1 車椅子使用 2 他人の介助が必要 (一部・全部) 3 自分でできる
給付を受けたい用具の名称			希望する形式、規格等			
給付上、特に希望する事項						