

様式第2号（第4条関係）

①申請受付番号 第 _____ 号		調 査 書				
		(小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業)				
②申請者氏名				③対象者との続柄 ( _____ )		
④対象者	氏名			男・女	生年月日 _____ 年 月 日	
	住所	春日市				
	疾病名					
⑤世帯の状況	氏名	年齢	対象者との続柄	当該年度分課税状況		備考
				市民税均等割	市民税所得割	
				円	円	
⑥世帯区分	1 被保護世帯、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯又は市民税非課税世帯 2 市民税均等割課税世帯 3 市民税所得割課税世帯					
⑦住まいの状況	1 自家      2 借家（貸主の諾否）					
⑧給付後の生活の状況	日常生活動作の状況 （入浴・排便・移動等について該当する状況に○） 1 自力でできるようになる。 2 一部介助でできるようになる。 3 給付しても全介助 4 その他 [ _____ ]			その他の状況 1 コミュニケーションが容易になる。 2 情報入手が容易になる。 3 独居が可能になる。 4 在宅生活が可能になる。 5 その他 [ _____ ]		
⑨給付の必要の有無	1 有 2 無	⑩給付する(しない)理由			⑪給付する用具(型)	
⑫予定価格	円		⑬利用者負担額	円	⑭公費負担予定額	円
⑮その他特記事項						
年 月 日		調査員 職名 氏名		印		