年　　月　　日

恵那市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

恵那市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

下記により日常生活用具給付を申請します。

なお、給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 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車椅子使用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 |  |

調査表（日常生活用具給付事業）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書受理年　月　日 | 　　年　　月　　日 | 申請者氏　名 |  | 対象者との続柄 |  |
| 対象者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 住　所 |  |
| 疾病名 |  |
| 世帯員の状況 | 氏　名 | 年　齢 | 対象者と　の続　柄 | 課税状況 | 備　考 |
| 当該年度分市町村民税 |
| 均等割 | 所得割 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 世帯区分 | １．被保護世帯　２．非課税世帯　３．均等割課税世帯　４．所得割課税世帯 |
| 住まいの状況 | １．自宅　　　２．借家（貸主の諾否） |
| 給付後の生活状況 | 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〇）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．給付しても変わらない　　（一部介助・全介助）４．その他（　　　　　　　　　） | その他の状況１．在宅生活が可能になる２．その他（　　　　　　　　　　） |
| 給付の必要の有無 | １．有２．無 | 給付する（しない）理　由 |  |
| 給付する用具名（含む型式規模等） |  | 予定価格 | 扶養義務者が支払うべき額 | 公費負担予定額 |
| 円 | 円 | 円 |
| その他特記事項 |  |
| 　　　　　年　　月　　日 | 調査員　　職名　　　　　氏名 |