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 | | | | | | | | | |