

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○） 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			