

八王子市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

八王子市長 殿

〒 -

申請者住所

申請者氏名
（自署もしくは記名押印）

給付対象者との続柄

印

（ ）

申請者電話番号

（ ） -

八王子市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり日常生活用具給付を申請します。また、自己負担額の決定にあたり、八王子市長が世帯員全員の所得の状況及び住所等を市民税課税台帳、住民基本台帳等の公簿を閲覧することに同意します。

対 象 者	ふりがな											生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）		
	氏名														
		個人番号													
	住所	〒 -													
	疾病名											受給者番号			
												<small>（既にお持ちの方のみ記入）</small>			
世 帯 の 状 況	氏名		対象者との続柄	生年月日			備 考 <small>（対象者に対する介護の状況等）</small>								
				年 月 日											
	個人番号			年 月 日											
				年 月 日											
	個人番号			年 月 日											
				年 月 日											
	個人番号			年 月 日											
				年 月 日											
個人番号			年 月 日												
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 あり 2 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)を使用 3 自分でできる			移動	1 車いす使用 2 他人の介助を必要 <small>（一部・全部）</small> 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、規模等										
給付上特に希望する事項					用具の価格		円								
備 考															