様式第１号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書 　　　　　　　　　年　　月　　日 （宛先）秋田市長 申請者　住所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　(給付対象者との続柄　　　)※1 下記により日常生活用具の給付を申請します。 |
|  | 対象者 | 氏名※2 |  | 生年月日 | 　　年　月　日生(　 歳) |
| 住所※2 |  |
| 疾病名 |  |
| 世帯の状況 |  氏　　　名 | 対象者との続　柄 | 生年月日 |  職　　　業 | 　　　対象者に対する 備 考 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介助が必要 ２ 清拭のみ ３ 入浴､清拭ともしていない ４ 介助不要 |
| 排便 | １介助が必要 ２ 便器(携帯用)使用　３ 介助不要 |
| 移動 | １車いす使用　 ２ 介助が必要(一部、全部)　３ 介助不要 |
|  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 |   |
|  |

※１　申請者本人と異なる場合に記入。なお、申請者本人の場合は本人と記載する。

※２　申請者本人と異なる場合に記入。