

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	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 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。