

様式第1号

三田市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

三田市長 宛て

申請者 住所  
氏名  
(対象者との続柄)

下記により、三田市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付を申請します。  
三田市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付決定の事務に必要な私の世帯の市税等に関する賦課徴収資料、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	(フリガナ) 氏名	( )	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住所	TEL ー				
	疾患名					
	症状					
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	備考 (対象者に対する介護者の状況等)		
希望する用具						
形式・規模等						
給付を希望する理由						
住居の状況	住宅	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)	便器	1 和式 2 洋式 3 携帯用	浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし
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 自分でできる	排便	1 介助が必要 2 携帯用便器使用 3 自分でできる	移動	1 車いす使用 2 他人の介助を必要 (一部、全部) 3 自分でできる
給付にあたっての希望						
備考						

