

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

年 月 日

（あて先）松江市長

申請者 住所
氏名 ⑨
電話（ ）ー
（対象者との続柄）

下記により日常生活用具（ ）の給付を申請します。
なお、決定にあたっては、世帯全員の課税状況調査に同意します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）				
	住所	松江市						
	疾患名							
	症状							
世帯の状況 （同居者）	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 自家 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 なし	
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 自分で行える		排 便	1 他人の介助を必要 2 便器（携帯用）使用 3 自分で行える		移 動	1 車椅子使用 2 他人の介助を必要（一部、 全部） 3 自分で行える
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								