

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

平成 年 月 日

熊本市長 (宛)

〒 -

申請者 住 所 熊本市

氏 名

印

給付対象者との続柄 ( )

電話番号 ( - - )

対 象 者	フリガナ 氏 名		男 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	日生 ( 歳)	
	住 所	〒 - 熊本市						
	受給者番号						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 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 自分のできる		排 便	1 他人の介助を必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分のできる		移 動	1 車いす使用 2 他人の介助 を必要 (一部、全部) 3 自分のできる
		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								

(注意)この申請書には、対象者の扶養義務者の所得税の分かるもの及び熊本市長が必要と認める書類を添付すること。

この申請に対する決定について必要な住民基本台帳、市民税関係及び生活保護の認定状況の調査をされることに同意します。

平成 年 月 日

熊本市長 様

氏名

印