

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

北方町長 様

住 所 本美郡北方町北方○○番地
 申請者 氏 名 北方 太郎
 電 話 (○○○)○○○-○○○○

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

なお、給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

また、日常生活用具事業者に対し、支給決定の有無について通知することを承諾します。

対象者	氏 名	北方 一郎			生年月日	令和○ 年○ 月○ 日(○歳)	
	住 所	本美郡北方町北方○○番地					
	疾患名	○○○○○					
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)		
	北方 太郎	父	HO、○、○	会社員	同居により介護		
	北方 花子	母	HO、○、○	会社員	同居により介護		
	北方 一郎	本人	RO、○、○				
給付を希望する理由	在宅療養に必要なため						
現在の住まいの状況	住宅	1 自宅 2 借家	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 入浴清拭ともにしていない 4 自分でできる	排便	1 他人の介助を必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる	移動	1 車椅子使用 2 他人の介助を必要(一部、全部) 3 自分でできる	
給付を受けたい用具	車いす		希望する型式規模等		(メーカー名、型番などを記載)		
給付上特に希望する事項	座位を安定させるためのワンタッチシートベルト(オプション品)が必要なので、併せて取り付けたい。						
備 考							

該当するところに○を付けてください。

原則、付属品がないと、車いすが機能しないといった場合にのみ、付属品も併せての給付が認められます。この事由(在宅療養にて必要不可欠)の場合も給付対象として差し障りないでしょう。