

千葉市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

下記により日常生活用具の給付を申請します。

対象児童	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生(歳)			
	住所							
	疾病名							
申請者	氏名				続柄	対象児童から見て _____		
		(注) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						
	住所	<input type="checkbox"/> 対象児童と同居 (記入不要)		<input type="checkbox"/> 対象児童と別居 (以下に記入)				
	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —						
世帯の状況	氏名	対象児童との続柄	生年月日	職業	備考 (対象児童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、◎千葉市小児慢性特定疾病医療受給者証の写し、◎給付を受けようとする用具の見積書、◎対象児童の扶養義務者の前年分の所得税額または当該年度分市町村民税額 (1月から6月までの間に申請する場合は、前々年分の所得税額または前年度分の市町村民税) を証明する書類を添付してください。(生活保護を受給している場合は、生活保護受給証明書) を添付してください。