

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 宝塚市長 様 申請者 住所 氏名 (対象者との続柄) 日中連絡可能な電話番号 下記により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。 また、給付を受けるにあたり、申請者の世帯の市民税等の状況について、税務主管課へ照会されることを承諾します。					
対象者	氏名(※)			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所(※)				
	疾病名				
	症状				
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者の状況等を記載する。)
給付を希望する理由					
現在の住いの状況	住宅	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)	浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし	1 和式 2 洋式 3 携帯用 便器
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 自分でできる	排便	1 他人の介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる	
給付を希望する用具の名称				希望する形式 規模等	
用具の給付にあたって特に希望する事項					
備考					

※ 申請者が18歳以上の対象者本人の場合は「同上」と記載すること。

添付書類

- 医師が作成した診断書(様式第2号)
- 同一世帯全員の市民税課税状況証明書(特別徴収税決定通知書等)
- 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し