

第1号様式

船橋市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

船橋市長 あて

住所

氏名

(給付対象者との続柄)

下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

記

対象者	氏名				生年月日	年 月 日(歳)				
	住所									
	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 他人の介助が必要 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		移動	1 車椅子使用 2 他人の介助が必要(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										