

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

（あて先）
岩国市長 様

申請者

住 所

氏 名

個人番号

（対象者との続柄 ）

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

また、申請に当たり、市職員が課税台帳を閲覧することを承諾します。

対象者	氏 名	(個人番号)	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所	電話番号 ()				
	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 な し
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 他人の介助を 必要 2 便器（携帯用） を使用 3 自分でできる	移 動	1 車いすを使用 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				希望する形式 規模等		
希望する業者						
給付上特に希望 する事項						
備 考						

※ この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分所得税を証明する書類及び小児慢性特定疾病医療受診者証の写しを添付すること。