

別 記

第 1 号様式（第 6 条第 1 項）

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

（宛先）浦安市長

年 月 日

日常生活用具の給付を受けたいので、浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

対象者 (児童・ 成年患者)	フリガナ											生年月日		
	氏名													
	居住地	連絡先												
	個人番号													
	疾病名													
	手帳の有無													
児童の 保護者 (対象者 が児童の 場合)	フリガナ											続柄	生年月日	
	氏名													
	居住地	連絡先												
	個人番号													
	フリガナ											続柄	生年月日	
	氏名													
	居住地	連絡先												
個人番号														
介護・介助の状況														
給付を受けたい日常生活用具の名称														
日常生活用具取扱事業者名														

添付書類

- 1 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- 2 日常生活用具の種目及びその価格が記載された見積書
- 3 日常生活用具の概要が分かる資料（カタログ等）
- 4 医師の意見書（市長が指定した場合に限る。）
- 5 対象者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類（申請日の属する年度分（申請日の属する月が4月から6月までの場合にあっては、前年度分）のもの）。ただし、市町村民税の課税状況について市長が確認することができる場合であって、市長が課税状況を確認することについて同意したときは、不要です。

同意署名欄

日常生活用具の給付の申請に当たり、以下の事項について同意するので署名します。

費用の負担の算定のために、対象者が属する世帯の構成員及びそれ以外の者で、現に対象者を扶養しているもの全ての市町村民税課税状況に関する事実について、市が保有する情報により確認すること。

年 月 日

世帯代表者氏名 _____

(対象者と別世帯の扶養義務者がいる場合) 別世帯代表者氏名 _____

扶養義務者の状況 (保護者を除く。)	氏 名	フリガナ	個人番号																
	生年月日		居 住 地																
	氏 名	フリガナ	個人番号																
	生年月日		居 住 地																
	氏 名	フリガナ	個人番号																
	生年月日		居 住 地																