

第1号様式（第6条第1項）

浦安市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

住所  
申請者 氏名  
電話  
（対象者との続柄）

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日常生活用具給付事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日（歳）	
	疾病名				
	手帳の有無	有(身・療・精) 障害支援区分( ) 無			
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）
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
給付を希望する理由					

住 まい の 状 況	住 宅	1 持家 2 借家	浴 槽	1 和式 2 洋式 3 無し	便 器	1 和式 2 洋式 3 携帯用
介 護 の 状 況	入 浴	1 介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴・清拭 ともしない。 4 自分ででき る。	排 便	1 介助が必要 2 便器（携帯 用）を使用 3 自分ででき る。	移 動	1 車椅子を 使用 2 介助が必 要 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	
給付を受ける上で特 に希望する事項						
備 考						

注

1 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(当該受給者証の交付を受けていない者にあつては、小児慢性特定疾病児童であることを証する医師の診断書)
- (2) 用具の種目及びその価格が記載された見積書
- (3) 世帯全員に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類。ただし、その課税状況に係る事実について市が保有する情報により確認することができる場合であつて、市長がその事実を確認することについて世帯全員が同意したときは、この限りでない。
- (4) その他市長が必要と認める書類

上記添付書類のうち市町村民税額を証する書類を省略し、私及び世帯員に係る浦安市保有の市民税の課税状況を調査することに同意します。

氏名(自著) \_\_\_\_\_

氏名(自著) \_\_\_\_\_