様式第1号(第4条関係)

(受理年月日　　年　　月　　日)

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年　　月　　日

酒田市長　　　　あて

【申請者】
住　　所　郵便番号　　―
酒田市
氏名　　　　　　　　　　㊞
電話番号　(　　)　　―　　対象者との続柄(　　)

日常生活用具の給付について、次のように申請します。
また、認定に必要な私と世帯員の課税資料を使用することに同意します。

対象者氏名			生年月日	年　月　日	
疾患名			日常生活用具名称		
希望する業者名			形式等(商品名)		
希望理由及び特に希望する事項					
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)使用　3自分でできる			
	移動	1車いす使用　2他人の介助必要(一部・全部)　3自分でできる			

世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	年分所得税	市民税所得割	市民税均等割
		対象者本人	年　月　日		円	有・無	有・無
			年　月　日		円	有・無	有・無
			年　月　日		円	有・無	有・無
			年　月　日		円	有・無	有・無
			年　月　日		円	有・無	有・無
			年　月　日		円	有・無	有・無
			年　月　日		円	有・無	有・無
	生活保護の状況	有・無	世帯中の税額の合計		円	有・無	有・無

給付後の生活の状況

日常生活動作の状況(入浴・排便・移動等)	その他の状況
1自力でできるようになる 2一部介助でできるようになる 3給付しても変わらない 4その他(　　　　　　　)	1在宅生活が可能になる 2その他(　　　　　　)

審査結果	認定・却下　　階層　自己負担額　　　円	審査年月日	年　月　日