

様式第1号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

裾野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
裾野市長 様										
申請者 住 所 氏 名 （対象者との続柄） 電話番号										
下記により日常生活用具の給付を申請します。 日常生活用具の給付の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。										
対 象 者	氏 名					生年月日	年 月 日			
	住 所									
	疾病名									
世 帯 の 状 況	氏 名	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 有 2 無		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 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 他人の介護を必要 (一部・全部) 3 自分でできる。		
給付を受けたい用具の名称					希望する型式、規模等					
給付上特に希望する事項										
備 考										

様式第2号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

裾野市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付診断書

氏 名		年 月 日
住 所		
疾 病 名		
症 状	日常生活用具を必要とする身体の状態等	
	在宅で療養が可能な程度に病状が安定しているか。（当面在宅での療養が可能であると判断できるか。）	
以上のとおり診断します。		
年 月 日		
医療機関名 所 在 地 担当医師氏名		
印		