

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

新宿区長 あて

申請者 住所

氏名

印

(本人との続柄 )

電話番号

下記により小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名		性別	男・女	生年月日		年	月	日生
住所	新宿区								
疾病名									
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	備考 (対象者に対する介護の状況等)					
申請用具	希望する品目の番号に○をつけてください。								
	1 便器	7 特殊尿器	13 紫外線カットクリーム						
	2 特殊マット	8 体位変換器	14 ネブライザー (吸入器)						
	3 特殊便器	9 車椅子	15 パルスオキシメーター						
	4 特殊寝台	10 頭部保護帽	16 ストーマ装具 (消化器系)						
	5 歩行支援用具	11 電気式たん吸引器	17 ストーマ装具 (尿路系)						
	6 入浴補助用具	12 クールベスト	18 人工鼻						
申請理由									
現在の住まいの状況	住宅	1 自宅 2 借家 (貸主の承諾 有・無)	浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし	便器	1 和式 2 洋式 3 ポータブル			
現在の介護の状況	入浴	1 介助必要 2 清拭のみ 3 入浴・清拭ともにしていない 4 介助不要	排便	1 介助必要 2 便器 (携帯用) 使用 3 介助不要	移動	1 車椅子使用 2 介助必要 (一部・全部) 3 介助不要			
給付を受けたい用具の名称			希望する形式・規模等						
給付上特に希望する事項									
備考									

\* この申請書には、小児慢性特定疾病医療受給者証及び対象者の扶養義務者の前年度又は当該年度分住民税の課税額を証明する書類 (生活保護及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている人の場合はその旨についての福祉事務所長の証明書) を添付してください。