

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

(宛先) 京都市長

申請者 住所

氏名

給付対象者との続柄

電話番号 — —

下記のとおり、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。

なお、この申請に必要な場合は、世帯の住民登録状況、市民税の課税状況等について、京都市が調査・閲覧することに同意します。これらを調査・閲覧されることについては、世帯員の承諾を得ています。

記

対象者	ふりがな			生年月日	年 月 日生 (歳)	
	氏名					
	住所	京都市 区				
	疾病名			受給者番号		
	過去に給付された品目及び給付日					
世帯員の状況	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等)	
今回申請する対象者以外に 同一生計内で同一月内に申請があった者						
給付を希望する理由						
現在の住まいの状況		住 宅	浴 槽	便 器		
		1 自宅 2 借家(貸主の諾否)	1 和式 2 洋式 3 なし	1 和式 2 洋式 3 携帯用		
現在の介護の状況		入 浴	排 便	移 動		
		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	1 他人の介助を必要 2 便器(携帯用)使用 3 自分でできる	1 車椅子使用 2 他人の介助を必要 (一部・全部) 3 自分でできる		
給付を受けた 用具		<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 特殊マット <input type="checkbox"/> 特殊便器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 歩行支援用具 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 頭部保護帽 <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> クールベスト <input type="checkbox"/> 紫外線カットクリーム <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> ストーマ装具(消化器系) <input type="checkbox"/> ストーマ装具(尿路系) <input type="checkbox"/> 人工鼻			希望する型式、規模等	
給付上特に希望する事項						
備 考						

※小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の写し、用具の見積書を添付してください。(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等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が必要です。)