

様式第1 (第4条関係)

鹿児島市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書

年 月 日

鹿児島市長

殿

住所  
申請者 氏名  
対象者との続柄  
電話番号 - -

下記により日常生活用具給付を申請します。

給付の決定に関して、課税資料を閲覧することに同意します。

対象者	氏名			生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住所	鹿児島市 丁目 番 号 町 番地				
	小児慢性特定疾医療費医療受給者証受給者番号					
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	所得税額等	備考
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				
介護の状況	入浴	1 介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともしていない 4 介助不要				
	排便	1 介助が必要 2 便器(携帯用)使用 3 介助不要				
	移動	1 車いす使用 2 介助が必要(一部、全部) 3 介助不要				
給付後の生活状況	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 変わらない 4 その他 ( )					
給付を受けたい用具の名称			型式、規模等			
備考 ※希望する事項等						

注

- 1 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の写し及び世帯全員分の税額証明書(源泉徴収票の写し、確定申告書の控えの写しなど)を添付すること。
- 2 世帯の状況は、世帯内外を問わず、同一生計となる世帯全員分を記入すること。