

第 1 号様式（第 5 条関係）

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）奈良市長

申請者
住 所
氏 名
給付対象者との続柄（ ）

次のとおり、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。

対 象 者	氏 名				生年月日	年 月 日生（ 歳）			
	住 所								
	疾患名								
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 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 しき のみ 3 入浴、清拭 しき ともして 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									

添付書類

- 1 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- 2 対象者の扶養義務者の市町村民税額を証明できる証票
- 3 生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受けているときは、生活保護証明書又は中国残留邦人等支援給付に係る証明書
- 4 その他市長が必要と認める書類