

様式第 1 号（第 5 条関係）

安曇野市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） 安曇野市長

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給付を申請します。

対象者	氏 名				生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住 所							
	疾 病 名							
世帯状況	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）		
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 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともしていない 4 自分でできる		排 便	1 他人の介助が必要 2 便器（携帯用）使用 3 自分でできる		移 動	1 車いす使用 2 他人の介助が必要 （一部・全部） 3 自分でできる
給付を受けたい用具の名称					希望する形式規模等			
業者名					業者の所在地			
給付において特に希望する事項								
備 考								