

様式1号

神戸市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

神戸市長宛

申請者

〒

住所

氏名

(給付対象者との続柄 )

以下のとおり日常生活用具給付を申請します。

当事業の申請に必要な世帯員の住民票情報、市民税課税情報及び生活保護加入状況を神戸市が確認することに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

|              |     |  |                      |                                       |                           |   |                       |
|--------------|-----|--|----------------------|---------------------------------------|---------------------------|---|-----------------------|
| 対象者          | 氏名  |  | 生年月日                 | 年 月 日生 ( 歳)                           |                           |   |                       |
|              | 住所  |  |                      |                                       |                           |   |                       |
|              | 疾病名 |  |                      |                                       |                           |   |                       |
| 世帯の状況        | 氏名  | 対象者との続柄  | 生年月日                 | 職業                                    | 備考<br>〔対象者に対する<br>介護の状況等〕 |   |                       |
|              |     |  |                      |                                       |                           |   |                       |
|              |     |  |                      |                                       |                           |   |                       |
|              |     |  |                      |                                       |                           |   |                       |
| 給付を希望する理由    |     |  |                      |                                       |                           |   |                       |
| 現在の住いの状況     |     | 住宅   | 1 自宅<br>2 借家 (貸主の諾否) | 浴槽                                    | 1 和式<br>2 洋式<br>3 なし      | 便器  | 1 和式<br>2 洋式<br>3 携帯用 |
| 現在の介護の状況     | 入浴  | 1 他人の介助を必要<br>2 清拭のみ<br>3 入浴、清拭ともしていない<br>4 自分でできる | 排便                   | 1 他人の介助を必要<br>2 便器(携帯用)使用<br>3 自分でできる | 移動                        | 1 車いす使用<br>2 他人の介助を必要 (一部、全部)<br>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           |     |  |                      |                                       |                           |   |                       |