

東御市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

(申請先)

東御市長

申請者

住 所

氏 名

(印)

(給付対象者との続柄)

下記により日常生活用具給付を申請します。

対象者	氏 名		男・女	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 (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 貸家 (貸主の諾否)	浴 槽	1 和 式 2 様 式 3 な し	便 器	1 和 式 2 様 式 3 携帯用	
現在の介護状況	入 浴	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		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			
給付条特に希望する事項								
備 考								

- (注) 1 この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分所得税または当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類を添付すること。(生活保護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)
- 2 申請者氏名については自署もしくは記名押印とすること。

調査表（日常生活用具給付事業）

①申請書受理番号 及び年月日		番 号 年 月 日		②申請者 氏 名		③対象者 との続柄		
④ 対 象 者	氏 名		男・女		生年月日		年 月 日生（ 歳）	
	住 所							
	疾 病 名							
⑤ 世 帯 員 の 状 況	氏 名	年 齢	対象者 との 続 柄	課税状況			備 考	
				当該年度分市町村民税		前年度 所得税		
	均等割		所得割					
⑥世帯区分		1 被保護世帯又は市町村民税非課税世帯 2 市町村民税均等割世帯 3 市町村民税所得割課税世帯 4 所得税課税世帯						
⑦住まいの状況		1 自宅 2 借家（貸主の諾否）						
⑧給付後の生活状況		日常生活動作の状況 （入浴・排便・移動等について該当する状況に○） 1 自力でできるようになる 2 一部介助できるようになる 3 給付してお変わらない （一部介助・全介助） 4 その他（ ）			その他の状況 1 在宅生活が可能になる 2 その他 （ ）			
⑨給付の必要の有無		1 有 2 無		⑩給付する （しない） 理 由				
⑪給付する 用具名 （含む型式 規模等）		⑫予定 価格 円		⑬扶養義務 者が支払う べき額 円		⑭公費負 担予定額 円		
⑮その他特記事項								
年 月 日				調査員 職名 氏名 (印)				

東御市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付決定通知書

番 号
年 月 日

様

東御市長

印

先に申請のありました日常生活用具の給付につきましては、次のとおり決定したので通知します。

給付番号	第 号	給付決定 年月日	
対象者氏名		疾 病 名	
給付する用具 名（含む型式 規模等）		納入業者名	
		納入業者の 住 所	
価 格	円	扶養義務者 が支払うべ き額	円
		公 費 負 担 額	円
注意事項	<p>1 用具は、対象者の扶養義務者がその能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものでありますから、支払うこととされた額については、必ず用具を受け取る前に支払って下さい。</p> <p>2 給付された用具を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保に供したりすることはかたく禁じられています。</p> <p>3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還してもらうことがあります。</p>		

様式第4号（第4条関係）

東御市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付券							
①給付番号	第 号		②給付券発行年月日	平成 年 月 日			
③対象者氏名			④生年月日	年 月 日生 (歳)			
⑤居住地							
⑥保護者氏名			⑦対象者との続柄				
⑧給付する用具名 (型式規模等)		⑨ 価格	円	⑩扶養義務者が支払うべき額	円	⑪公費負担額	円
⑫納入業者			⑬納入業者の住所				
⑭この券の有効期限	受給者が業者に提示する期限	年 月 日		業者の公費支払い請求期限	年 月 日		
上記のとおり決定する。 年 月 日							
						東御市長	(印)
⑮業者の納付した日	年 月 日		⑯扶養義務者より受領した額	円	⑰受領業者名及び年月日	年 月 日 (印)	
⑱用具受領保護者名			(印)	⑲ 検収者	職 名		
					氏 名	(印)	
⑳ その他 特記事項							

(注) 本表は、①～⑭、⑲は市、⑮～⑰は納付した業者が記入すること。
⑱は保護者が記入すること。

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付却下決定通知書

番 号
年 月 日

様

東御市長 印

年 月 日付で申請があった小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付については、審査の結果、却下することに決定したので通知します。

（理由）