

様式第1号（要綱第6条関係）

佐野市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住 所
氏 名
(対象者との続柄)

次のとおり申請します。

対象者	氏 名			生年月日	年 月 日(歳)		
	住 所						
	疾 病 名						
	症 状						
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 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		
給付を受けたい用具の名称			希望する形式規模等				
給付上特に希望する事項							