

新潟市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

対象者	ふりがな		受給者番号		
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所		〒 - 電話番号 () -		
	疾病名				
現在の状況	住まい	住宅	1 自宅 2 借家の場合 <貸主の承諾 (あり・なし)>		
		浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし		
		便器	1 和式 2 洋式 3 携帯用		
	介護	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) 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		
給付を希望する理由					
給付を受けたい用具の名称 (型式等含む)					
特に希望する事項					
給付後の予測される状況					
備考					

上記のとおり、日常生活用具の給付を申請します。

年 月 日

申請者 氏名
(自署もしくは記名押印)

対象者との続柄

住所
(対象者と異なる場合記入)

(あて先) 新潟市長

注: 申請者は対象者の扶養義務者としてください。