

第1号様式（第5条関係）

沼津市小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年 月 日

(宛先) 沼津市長職務代理者

申請者  
住 所  
氏 名  
(給付対象者との続柄) 印

下記により日常生活用具給付を申請します。  
なお、私及び私の扶養者の所得税又は市民税の課税状況について、沼津市長が税務関係当局に照会を求めることに同意します。

対象者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)			
	住 所							
	疾患名							
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 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			
給付上特に希望する事項								
備 考								

(注) 生活保護及び支援給付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を添付すること。

第2号様式（第5条関係）

沼津市小児慢性特定疾患児日常生活用具給付診断書

患者氏名	(男・女)	年 月 日生 ( 歳)
患者住所		
疾患名		
症 状	日常生活用具を必要とする身体の状況等	
	在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか。（当面在宅での療養が可能であると判断できるか。）	
<p>以上のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所在地 担当医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		