

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

（あて先）沼津市長

申請者
 住 所 沼津市八幡町97
 氏 名 沼津 太郎 印
 （給付対象者との続柄 母）

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	沼津一郎	(男)・女	生年月日	H13年4月3日生(5歳)		
	住 所	沼津市八幡町97					
	疾患名	色素性乾皮症					
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)		
	沼津 太郎	父	S45.4.10	会社員			
	沼津 花子	母	S46.6.16	無			
給付を希望する理由		紫外線を浴びると、がんや神経障害を起こすことがあるのでそれを防ぐために。					
現在の住まいの状況	住 宅	(1) 自宅 2 借家(貸主の承諾 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	紫外線カットクリーム			希望する型式、規模等			
給付上特に希望する事項	特になし						
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。