

第1号様式（第5条関係）

沼津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

（宛先）沼津市長

申請者
住 所
氏 名
（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(※)		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) 1 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。
2 申請者が18歳以上の対象者本人の場合、(※)は同上と記載すること。

第2号様式 (第5条関係)

沼津市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付診断書

患者氏名		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様況等	
	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: right;">医療機関名 所在地 担当医師氏名 印</p>		