

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 沼津市八幡町97
氏 名 沼津 太郎

(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。

対象者	氏名(※)	沼津 一郎	生年月日	R2年4月14日生(2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	H1.4.10	会社員	
	沼津 花子	母	H2.6.16	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	浴 槽	便 器	
		①自宅 2借家(貸主の諾否)	①和式 2洋式 3なし	①和式 2洋式 3携帯用	
現在の介護の状況	入 浴	排 便	移 動		
	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	①他人の介助を 必要 2便器(携帯用) 使用 3自分でできる	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) 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。