

渋川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

年 月 日

渋川市長

申請者
住所
氏名
(給付対象者との続柄)

下記により渋川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付を申請します。

給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	氏名(※)		生年月日		年 月 日生(歳)	
	住所(※)					
	疾病名					
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 車椅子使用 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 この申請書には、対象者の扶養義務者の前年分所得税又は当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類（生活保護を受けている人及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による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。

渋川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付調査書

①申請書受理番号 及び年月日		番 号 年 月 日		②申請者 氏 名		③対象者との 続柄			
④ 対象者	氏 名			生年月日		年 月 日生(歳)			
	住 所								
	疾 病 名								
⑤ 世帯員 の 状 況	氏 名	年 齢	対象者 との 続 柄	課税状況			備 考		
				当該年度分市町村民税		前年分 所得税			
				均等割	所得割				
⑥世帯区分		1 被保護世帯又は市町村民税非課税世帯 2 市町村民税均等割課税世帯 3 市町村民税所得割課税世帯 4 所得税課税世帯							
⑦住まいの状況		1 自宅 2 借家(貸主の諾否)							
⑧給付後の生活状況		日常生活動作の状況 (入浴・排便・移動等について該当する状況に○) 1 自力でできるようになる 2 一部介助できるようになる 3 給付しても変わらない (一部介助・全介助) 4 その他()				その他の状況 1 在宅生活が可能になる 2 その他()			
⑨給付の必要の有無		1 有 2 無	⑩給付する (しない) 理 由						
⑪給付する 用具名 (含む型式 規模等)		⑫予 定 価 格		円	⑬扶養義 務者が 支払う べき額		円	⑭公費負 担予定 額	円
⑮その他特記事項									
年 月 日				調査員 職名 氏名					

番号第 号

渋川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付決定通知書

年 月 日

様

渋川市長 (印)

先に申請のありました渋川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付につきましては、次のとおり決定したので通知します。

給付番号	第 号	給付決定 年 月 日	年 月 日
対象者氏名		疾 病 名	
給付する用具 名 (含む型式 規模等)		納入業者名	
		納入業者の 住 所	
価 格	円	扶養義務者 が支払うべ き額	円
公 費 負担額			円
注意事項	<p>1 用具は、対象者の扶養義務者がその能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものでありますから、支払うこととされた額については、必ず用具を受け取る前に支払って下さい。</p> <p>2 給付された用具を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保に供したりすることはかたく禁じられています。</p> <p>3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還していただくことがあります。</p>		

渋川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付券							
①給付番号	第 号	②給付券発行年月日		年 月 日			
③対象者氏名				④生年月日	年 月 日生 (歳)		
⑤居住地							
⑥保護者氏名				⑦対象者との続柄			
⑧給付する用具名(型式規模等)		⑨価格	円	⑩扶養義務者が支払うべき額	円	⑪公費負担額	円
⑫納入業者名		⑬納入業者の住所					
⑭この券の有効期限	受給者が業者に提示する期限	年 月 日		業者の公費支払請求期限	年 月 日		
上記のとおり決定する。 年 月 日 <div style="text-align: right;">渋川市長 (印)</div>							
⑮業者の納付した日	年 月 日	⑯扶養義務者より受領した額	円	⑰受領業者名及び年月日	年 月 日		
⑱用具受領氏名				⑲検収者	職 名		
					氏 名		
⑳その他特記事項							

(注) ①から⑭まで及び⑲は市町村、⑮から⑰までは納入した業者、⑱は保護者又は18歳以上の対象者本人が記入すること。

番

号

渋川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付却下決定通知書

年 月 日

様

渋川市長 (印)

年 月 日に申請がありました渋川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付につきましては、審査の結果却下することに決定しましたので、ご承知ください。

(理由)