

難病患者等日常生活用具給付申請書

平成 年 月 日

登米市長

申請者 住所 登米市

氏名 _____ 印

下記により、難病日常生活用具を申請します。 (給付対象者との続柄)

対 象 者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	登米市					
	疾患名						
	症状						
世 帯 の 状 況	氏名	対象者と続柄	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. 清しきのみ 3. 入浴、清しきともしていない 4. 自分でできる		排 便	1. 他人の介助を必要 2. 便器（携帯用）を使用 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							
同意書							
日常生活用具給付に係る自己負担額の調査について、市県民税の課税台帳を閲覧することに同意します。							
同意者名 _____ 印							