

様式第1号（第4条関係）

難病患者等日常生活用具給付申請書

年 月 日

三原市福祉事務所長 様

申請者 住所

氏名

（対象者との続柄 ）

下記により日常生活用具の給付を申請します。

対象者	氏名				生年月日	年 月 日生（ 歳）	
	住所						
	疾患名						
	症状						
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	本年度の 市民税額	前年分 所得税額	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 (貸主の承諾)	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 他人の介助が必要 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 他人の介助が必要 2 便器（携帯用）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 形式規模等			
給付上特に希望 する事項							
備 考							