

## 小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

西宮市長 様

年 月 日

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

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。

なお、支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市民税等を西宮市が確認することに同意し、この申請書及び添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

対象者	氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳 )		
	住 所	西宮市	電 話	( _____ ) _____		
	疾 病 名					
	症 状					
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)	
希望する理由						
住宅の状況	住宅	1 持 家 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 ポータブルトイレ
現在の介護の状況	入浴	1 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 介助が必要 2 ポータブルトイレ使用 3 自分でできる	移動	1 車いす使用 2 介助が必要 (一部・全部) 3 自分でできる
用具の名称	<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> クールベスト <input type="checkbox"/> 特殊マット <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 紫外線カットクリーム <input type="checkbox"/> 特殊便器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> ストーマ(蓄便袋) <input type="checkbox"/> 歩行支援用具 <input type="checkbox"/> 頭部保護帽 <input type="checkbox"/> ストーマ(蓄尿袋) <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> 人工鼻					希望の型式・規模等
特に希望する事項						
備 考						

様式 2号

(小児慢性特定疾病児童日常生活用具支給申請用)

年 月 日

## 診 断 書

氏 名	(男・女)	年 月 日生( 歳)
住 所	西 宮 市	
疾 病 名		
症 状	(日常生活用具を必要とする身体の状態)  在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。	
必要な用具		

以上のとおり診断します。

医療機関名

所在地

電話番号

医師名 \_\_\_\_\_