

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

福山市長様

年 月 日

申請者

住所

名前

(対象者との続柄)

電話

(日中の連絡先)

次のとおり、日常生活用具給付を申請します。

対象者	ふりがな 名 前 (※)		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所 (※)			
	疾患名		受給者番号	
給付を希望する理由				
給付を受けたい用具の名称等	名称			
	希望する型式・規格等			
給付上特に希望する事項				
備	考			

同意書（同意できる人は、対象者本人又は対象者と同一世帯者に限ります。）

- 利用者負担額の決定のため市職員が世帯の市民税について閲覧し、必要があるときは、生活保護関係台帳を閲覧することに同意します。
- 利用者の状況確認の必要がある場合は、市職員が医療機関から聴き取りを行うことに同意します。
- 給付決定になった場合は、用具納入業者に対象者の住所と名前について提供することについて同意します。

住所 _____

名前

(注) 1 当該年の1月1日に福山市に住所を有しない場合は、課税額等の書類を添付してください。

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。