

日常生活用具給付申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

住所
申請者
氏名

（給付対象者との続柄）

次のとおり日常生活用具給付を申請します。

対 象 者	氏 名				生年月日		年 月 日生（ 歳）				
	住 所										
	電 話 番 号										
	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）		
					年 月 日						
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 車いす使用 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											

この申請に関する審査に必要な範囲で世帯及び所得に関する公簿の閲覧を承諾します。

（氏名）

第2号様式（第6条関係）

診 断 書 ・ 意 見 書

（小児慢性特定疾病児童用）

患者氏名

年 月 日生

患者住所

疾 病 名

日常生活用具の種目

症 状（日常生活用具を必要とする身体の状況等）

在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。
（当面、在宅での療養が可能であると判断できるか。）

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏 名

第 年 月 日 号

様

春日井市長 印

日常生活用具給付決定通知書

先に申請のありました日常生活用具の給付については、次のとおり決定しましたので通知します。

給付番号		給付決定年月日	
氏名		生年月日	
住所			
給付する用具名（含む型式・規模等）			
保護者氏名		対象者との続柄	
価格	扶養義務者負担額	公費負担額	
納入業者の名称			
納入業者の所在地			

第 年 月 日 号

様

春日井市長 印

日常生活用具給付券

給付番号		給付決定年月日	
氏名		生年月日	
住所			
給付する用具名（含む型式・規模等）			
保護者氏名		対象者との続柄	
価格	扶養義務者負担額	公費負担額	
納入業者の名称			
納入業者の所在地			
<p>この日常生活用具を確かに受領しました。</p> <p>また、この日常生活用具費の受領の権限を上記納入業者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏名</p>			

第5号様式(第7条関係)

日常生活用具給付却下通知書

第 号
年 月 日

様

春日井市長 印

年 月 日に申請のありました日常生活用具の給付については、次の理由により却下します。

- 1 申請事項
- 2 却下の理由