

別記第1号様式(第5条関係)

難病患者等日常生活用具給付申請書					
					年 月 日
函館市長 様					
				住 所 申請者 氏 名 電 話 対象者との続柄	印
次のとおり日常生活用具の給付を申請します。					
対象者	氏 名	(男・女)	生年月日	年 月 日( 歳)	
	住 所	函館市 町 丁目 番 号 電話 ( 局 番)			
	疾患名				
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)
	-----	-----	-----	-----	-----
	-----	-----	-----	-----	-----
	-----	-----	-----	-----	-----
給付を希望する理由					
現在の住居の状況	住宅	1 自 宅 2 借 家	浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし	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種目			希望する形式等		
用具について特に希望する事項					
備 考					

注 この申請書には、対象者の属する世帯の生計中心者の前年分の所得税の課税に係る証明書を添付すること。