

# 川崎市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

(あて先) 保健所長

申請者 住 所

氏 名  
(給付対象者との続柄(※) )  
電話番号

次のとおり日常生活用具の給付を申請します。

対 象 者	ふりがな					小児慢性特定疾病 受給者番号	.....
	氏名(※)					生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所(※)	川崎市 区					
	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		
	給付を希望する理由						
	給付を受けたい用具の名称		希望する型式・規格等				
	給付上特に希望する事項						
	備 考						

- この申請書には、対象者の扶養義務者全員の当該年度の市町村民税課税額を証明する書類(生活保護を受けている人及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている人の場合はその旨についての福祉事務所長の証明書)を添付してください。
- 対象者及び申請者の名前、住所、電話番号の情報は、納入時期の連絡などのために納入業者に提供しますので御了承ください。
- (※)は申請者本人と異なる場合に記入。なお、申請者本人の場合は本人と記載してください。

事 務 処 理 欄	区 記 入 欄	見積書添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		予定価格	円	自己負担額	円	公費負担額	円
	こども 未来 局 記 入 欄	給付業者名				用具の価格	円
		業者の住所					
	連絡先	担当者名					