

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

年 月 日

町田市長 殿

申請者住所 町田市

氏名

(対象者との続柄)

電話番号

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付について、次のとおり申請します。

対 象 者	フリガナ 氏 名				生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	町田市				
	疾病名					
世 帯 の 状 況	氏 名	生年月日	続 柄	職 業	備 考	
			対象者本人			
申 請 種 目	○を付けてください。 1 便器 2 特殊マット 3 特殊便器 4 特殊寝台 5 歩行支援用具 6 入浴補助用具 7 特殊尿器 8 体位変換器 9 車椅子 10 頭部保護帽 11 電気式たん吸引器 12 クールベスト 13 紫外線カットクリーム 14 ネブライザー (吸入器) 15 パルスオキシメーター 16 ストーマ装具 (消化器系) 17 ストーマ装具 (尿路系) 18 人工鼻					
申 請 理 由						

市使用欄	
添付書類	受付者
<input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 医療証 (写) <input type="checkbox"/> 所得確認書類	