

府中市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

府中市長

【申請者】

住 所：

氏 名：

生年月日：

続 柄：

連 絡 先：

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。  
 なお、給付決定の審査のため、市担当職員が、対象者の小児慢性特定疾病医療受給者証に関する情報や、対象者の扶養義務者が属する世帯の所得状況等について、市において管理する公簿等で確認することに同意します。

対象者	カナ		生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	氏名		疾 病	
	住所			
障害者手帳 (所持者のみ)				
扶 養 義務者  (続柄: )	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ場合、左にチェックし、扶養義務者欄の記入を省略できます。			
	氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳)
	住所			
給付を希望する用具				
給付を希望する理由				
備 考				
添 付 書 類		①市民税課税・非課税証明書又は生活保護受給証明書（市が管理する公簿等で確認できる場合は不要） ②小児慢性特定疾病に関する診断書（市が現在有効の小児慢性特定疾病医療受給者証の申請時に提出された診断書から審査できる場合は不要） ③見積書（宛名は「府中市長」としてください） ④カタログ（写しも可）		

(注意事項)

ご申請に際しては、市担当職員が対象者及び家族状況等の聞き取り調査を実施いたしますので、ご協力ください。