

様式第1号（第3条関係）

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

令和 年 月 日

廿日市市長様

申請者 住所

電話番号

氏名

印

給付対象者との続柄（ ）

次により、小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付を申請します。

申請受付後、自己負担額の決定のため、私及び私の属する世帯員の課税額、所得金額及び所得控除額を課税台帳及び課税資料で確認され、生活保護の受給状況について調査されることを同意します。また、私及び私の属する世帯員の情報を関係機関に連絡することに同意します。なお、これらを調査・確認されることについては、私の属する世帯員の承諾を得ています。

給付を必要とする者	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	廿日市市 電話番号 — —				
	疾病名		症状			
給付を希望する用具			給付を希望する理由			
給付希望世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	前年分所得税額	備考	
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			

※ 太枠のみご記入ください。

※ 申請年度の1月1日に廿日市市に住民票のない人は、世帯全員の前年（申請日が1月から6月までの場合は前々年）の所得税を証明する書類（確定申告書の写し・源泉徴収票・納税証明書（源泉徴収税額が併記されたもの）等）を添付してください。

※ 確認欄 福祉総務課（担当者名 ）
 課税課（担当者名 ）