

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 住 所
氏 名 ⑩
（対象者との続柄 ）
電話番号

高松市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

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、給付申請に対する決定に当たり、公簿等により世帯員の課税状況及び生活保護の受給の有無について確認されることに同意します。

対象者	氏名			生年月日	年 月 日（ 歳）	
	住所					
	疾患名					
世帯の状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	年度市町村民税		備考
				均等割	所得割	
		本人		有・無	円	
				有・無	円	
				有・無	円	
				有・無	円	
現在の住居の状況	1 自宅 2 借家（貸主の承諾 有・無）			生活保護の受給の有無	有 ・ 無	
現在の介護の状況	入浴	1 他人の介助が必要 2 自分でできる		排便	1 他人の介助が必要 2 自分でできる	
給付を希望する理由						
給付を受けたい用具の名称						
備考						

職権 ☐	窓口に来た人	☐ 障がい福祉課窓口 ☐ （ ）総合センター・支所・出張所 ☐ 郵送	
	☐ 対象者本人	☐ 個人番号カード	☐ 通知カード／住民票 ☐ 身分証明書（写真付）／公的証明書 2 点
	☐ 代理人 （保護者含む）	☐ 対象者本人の個人番号カード／通知カード／住民票（写しで可） ☐ 委任状／戸籍謄本／登記事項証明書／その他 ☐ 代理人の身分証明（写真付）／公的証明書 2 点	
	上記以外の番号確認	☐ 申請書記載済	☐ 個人番号カード／通知カード／住民票