

様式第1号

吹田市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業利用申請書

令和 年 月 日

吹田市長あて

申請者 住 所 吹田市
ふりがな _____ 続柄 _____
氏 名 _____ ()
電 話 _____

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の利用を次のとおり申請します。
なお、この申請に係る審査のために市職員が私及び私以外の世帯の者の課税内容等について調査することに同意します。

対 象 者	ふりが 氏 名	(男・女)	
	生年月日	平成・令和	年 月 日 (歳)
	疾患名等		
	手帳番号		
	交 付 日		
日常生活 用具の 種 類			
備 考			

調査書

申請者氏名					本人氏名				
世帯構成員名	続柄	生年月日			前年の市町村民税額				階層区分
					均等割の有無・税額(円)		所得割の有無・税額(円)		
		大・昭 平・令	年	有・無		有・無			
		大・昭 平・令	年	有・無		有・無			
		大・昭 平・令	年	有・無		有・無			
		大・昭 平・令	年	有・無		有・無			
		大・昭 平・令	年	有・無		有・無			
		大・昭 平・令	年	有・無		有・無			
		大・昭 平・令	年	有・無		有・無			
		大・昭 平・令	年	有・無		有・無			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯				<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯				
	<input type="checkbox"/> 市町村民税均等割課税世帯				<input type="checkbox"/> 市町村民税均等割・所得割課税世帯				
給付する用具名					申請者が当該世帯における 最多収入者であるか ないか			ある	
								ない	
予定価格				限度 超過額					
公費負担 予定額	(市基準)			申請者が業 者に支払う べき額	(市基準)				
	(府基準)				(府基準)				
その他 特記事項									
令和 年 月 日 調査員氏名									