様式第２号（第５条関係）

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付調査書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理番号年月日 | 第　　　　　　　号年　月　日 | 申請者氏名 | 　 | 対象者との続柄 | 　 |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住所 |  |
| 疾病名 |  |
| 世帯員の状況 | 氏名 | 年齢 | 対象者との続柄 | 課税状況 | 備考 |
| 当該年度分市町村民税均等割 | 当該年度分市町村民税所得割 | 前年分所得税額 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 世帯区分 | １　被保護世帯又は市町村民税非課税世帯２　市町村民税均等割課税世帯３　市町村民税所得割課税世帯４　所得税課税世帯　（税額　　　　　円） |
| 対象者が世帯主又は当該世帯における最多収入者であるかないかの別 | あるない | 負担額 | 　　階層　　　　　　円（　　　　×1/2＝　　　） |
| 住まいの状況 | 　１自家　２借家　（貸主の　諾 ・ 否） | 給付後の生活状況 | 　１自力でできるようになる　２一部介助でできるようになる　３給付しても変わらない　４その他（　　　　　　） |
| 給付の必要の有無 | １　有２　無 | 給付する（しない）理由 | 　 |
| 給付する用具名 |  |
| 予定価格 | 円 | 扶養義務者が支払うべき額 | 円 | 公費負担予定額 | 円 |
| その他特記事項 | 　 |
| 　上記のとおり確認しました。　　　　　　年　　月　　日調査員　　　　　　　　　　　　　　印 |