様式第2号（第4条関係）

調　　　　査　　　　書　（粕屋町小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | 申請者氏　名 | |  | | | | | 対象者との続柄 | | |  |
| 対象者 | 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | 前年分  所得税 | | |
| 均等割 | | | | 所得割 | | |
|  | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 世帯区分 | | | 1　被保護世帯（単給世帯含む）、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付世帯  2　市町村民税非課税世帯  3　市町村民税均等割世帯  4　市町村民税所得割課税世帯（税額　　　　　　　円）　階層 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住まいの状況 | | | 1　自宅　　　2　借家　（貸主の諾否） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付後の生活の状況 | | | 日常生活動作の状況  （入浴・排便・移動等について該当する状況に○）  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  　　　（一部介助・全介助）  4　その他  　　　（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | その他の状況  1　在宅生活が可能になる  2　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（含む型式規模等） | | |  | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日　　　　　　　　調査員　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |