

# 大阪市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書

大 阪 市 長

年 月 日

〒

申請者住所

申請者氏名  
(自署もしくは記名押印)

給付対象者との続柄  
印 ( )

申請者電話番号 ( )

下記により日常生活用具給付を申請します。この決定に必要な扶養義務者の個人市民税課税台帳等関係公簿等を閲覧されることに同意します。なお、以上の内容について、扶養義務者全員の承諾を得ています。

対 象 者	ふりがな				男 ・ 女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)			
	氏名									
	住所	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	区	
	大阪市									
	疾病名						受給者番号 (既にお持ちの方のみ記入)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
世 帯 の 状 況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職 業	備 考 (対象者に対する介護の状況等)					
			・	・						
			・	・						
			・	・						
			・	・						
給付を希望する理由										
現在の住まいの状況	住宅	1 自宅 2 借家(貸主の諾否)			浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし		便器	1 和式 2 洋式 3 携帯用	
現在の介護の状況	入浴	1 他人の介助を必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともしていない 4 自分でできる			排便	1 他人の介助を必要 2 便器(携帯用)を使用 3 自分でできる		移動	1 車いす使用 2 他人の介助を必要 ( 一部 ・ 全部 ) 3 自分でできる	
給付を受けたい用具の名称				希望する形式、規模等						
給付上特に希望する事項				用具の価格	円					
備 考										

(注意)

- 日常生活用具の種目及び給付の対象者は裏面のとおりでですので、申請の際には裏面をご確認ください。
- 申請の際には、この申請書のほかに必要な書類がありますので、裏面をご確認ください。

## 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業

＜対象者＞ 以下の要件をみたす者とする。

- ① 大阪市小児慢性特定疾病医療費支給認定の対象となっている在宅の者（ただし一部の種目については在宅以外も対象とする。）
- ② 下表の「対象者」欄に掲げる小児慢性特定疾病児
- ③ 児童福祉法による施策（小児慢性特定疾病医療費支給認定を除く。）及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による施策の対象とならない者

小児慢性特定疾病児日常生活用具の種目及び対象者等

種目	対象者	性能等
便器	常時介助を要する者	小児慢性特定疾病児が容易に使用し得るもの。（手すりをつけることができる。）
特殊マット	寝たきりの状態にある者	褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの。
特殊便器	上肢機能に障害のある者	足踏ペダルにて温水温風を出し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。
特殊寝台	寝たきりの状態にある者	腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの。
歩行支援用具	下肢が不自由な者	おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ、歩行器等であること。 ア 小児慢性特定疾病児の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。 イ 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具となるもの。
入浴補助用具	入浴に介助を要する者	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。
特殊尿器	自力で排尿できない者	尿が自動的に吸引されるもので小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。
体位変換器	寝たきりの状態にある者	介助者が小児慢性特定疾病児の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの。
車椅子	下肢が不自由な者	小児慢性特定疾病児の身体機能を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。
頭部保護帽	発作等により頻繁に転倒する者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象）	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの。
電気式たん吸引器	呼吸器機能に障害のある者	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。
クールベスト	体温調節が著しく難しい者	疾病の症状に合わせて体温調節のできるもの。
紫外線カットクリーム	紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障害を起こすことがある者	紫外線をカットできるもの。
ネブライザー（吸入器）	呼吸器機能に障害のある者	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。
パルスオキシメーター	人工呼吸器の装着が必要な者	呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し、小児慢性特定疾病児又は介助者等が容易に使用し得るもの。
ストーマ装具（消化器系）	人工肛門を造設した者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象）	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。
ストーマ装具（尿路系）	人工膀胱を造設した者（在宅以外（入院中又は施設入所）の者についても対象）	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。
人工鼻	人工呼吸器の装着が必要な者	小児慢性特定疾病児又は介助者が容易に使用し得るもの。

＜申請に必要な書類＞

- (1) 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付申請書
- (2) 給付を受けようとする用具の見積書及び詳細がわかるもの（カタログの写し等）
- (3) 世帯全員の所得等に関する状況を確認することができる書類の写し（詳しくは下表をご参照ください）、及び必要に応じて所得証明に関する申出書
 

世帯の状況に記載された者すべての所得等に関する状況を確認できる書類が必要。ただし、他の者の証明書類で扶養されていることが明らかになれば、省略可能。前年分の所得税又は当該年度の市町村民税の課税関係が判明しない場合は、前々年分の所得税又は前年度の市町村民税によることとする。
- (4) 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業における徴収基準月額及び提出する所得を証明する書類

階層区分	世帯の階層(細)区分	徴収基準月額	加算基準月額	提出する所得を証明する書類
A階層	生活保護法の被保護世帯(単給世帯を含む。)及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯	0	0	生活保護の決定通知書又は生活保護適用証明書 支援給付決定通知書等
B階層	A階層を除き当該年度分の市町村民税の非課税世帯	1,100	110	市民税・府民税特別徴収税額の決定・変更通知書(納税義務者用)又は市民税・府民税納税通知書兼税額決定(充当)通知書(課税明細書その1、その2も必要) *これらの書類がない場合は、市民税課税状況等を職員が閲覧することにより確認します。
C階層	A階層及びD階層を除き当該年度分の市町村民税の課税世帯であって、その市町村民税の額の区分が次の区分に該当する世帯	均等割の額のみ(所得割の額のない世帯) C 1 階層	230	
	所得割の額のある世帯 C 2 階層	290		
D階層	A階層及びB階層を除き前年分の所得税課税世帯であって、その所得税の額の区分が次の区分に該当する世帯	所得税の年額 2,400円以下 D 1 階層	350	
		2,401～4,800円 D 2 "	380	
		4,801～8,400円 D 3 "	430	
		8,401～12,000円 D 4 "	470	
		12,001～16,200円 D 5 "	550	
		16,201～21,000円 D 6 "	630	
		21,001～46,200円 D 7 "	810	
		46,201～60,000円 D 8 "	940	
		60,001～78,000円 D 9 "	1,160	
		78,001～100,500円 D 10 "	1,380	
		100,501～190,000円 D 11 "	1,790	
		190,001～299,500円 D 12 "	2,200	
		299,501～831,900円 D 13 "	2,620	
		831,901～1,467,000円 D 14 "	4,040	
		1,467,001～1,632,000円 D 15 "	4,250	
		1,632,001～2,302,900円 D 16 "	5,150	
		2,302,901～3,117,000円 D 17 "	6,130	
3,117,001～4,173,000円 D 18 "	7,190			
4,173,001円以上 D 19 "	全額			
	左の徴収基準月額の10%ただし、その額が8,560円に満たない場合は8,560円			

\*この表でいう所得税は、平成23年分の所得から廃止された年少扶養控除及び特定扶養控除の上乗せ部分があるものとして再計算した仮定の税額によるものとする。また、住宅借入金等特別控除等の一部の税控除や所得控除は除くものとする。

\*1月から6月までの間の申請においては「当該年度分の市町村民税」を「前年度分の市町村民税」と、「前年分の所得税」は「前々年分の所得税」と読み替えるものとする。

\*同一生計内に2人以上の対象者がいる場合の2人目以降の者については、加算基準月額を適用する。

調 査 書

(小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業)

①申請書受理日 年 月 日		②申請者 氏名			③対象者と の続柄					
④対 象 者	ふりがな				男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 ( 歳)			
	氏 名									
	住 所	大阪市 区								
	疾病名					受給者番号 <small>(※既にお持ちの方のみ記入)</small>				
⑤世 帯 員 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	備 考						
⑥世帯区分 <small>(※保健所で記入)</small>	1 被保護世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 市町村民税均等割課税世帯 4 市町村民税所得割課税世帯 5 所得税課税世帯						階 層			
⑦住まいの状況	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)									
⑧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 給付して変わらない (一部介助・全介助) 4 その他 ( )					<その他の状況> 1 疾病の悪化等を予防できる 2 介助の負担が減少する 3 コミュニケーションが容易になる 4 情報入手が容易になる 5 在宅生活が可能になる 6 その他 ( )				
⑨給付の必要の有無	1 有 2 無	⑩ 給付する用具名 (型式規模等含む)								
⑪給付(する・しない) 理由										
⑫ 予定価格 <small>(※保健所で記入)</small>		円	⑬ 自己負担額 <small>(※保健所で記入)</small>		円	⑭ 公費負担額 <small>(※保健所で記入)</small>		円		
⑮ その他特記事項 (医療意見書の療養 欄の記載・身障手 帳の有無等)										
年 月 日			調査員 職名 氏名						(印)	

大大保第 号

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付決定通知書

年 月 日

様

大阪市長

先に申請のありました日常生活用具につきましては、次のとおり決定したので通知します。

給付番号		給付決定 年月日	年 月 日
対象者氏名		疾 病 名	
給付する用具名 (型式規模等含む)			
納入業者名			
納入業者の 住 所	電話 ( ) -		
価 格	円	扶養義務 者が支払 うべき額	円
注意事項	<p>1 用具は、対象者の扶養義務者がその能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものでありますから、支払うこととされた額については、必ず用具を受け取る前に支払って下さい。</p> <p>2 給付された用具を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保に供したりすることはかたく禁じられています。</p> <p>3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還してもらうことがあります。</p> <p>4 給付品目、見積金額などの変更や、取消しを行う場合には、申請が必要です。</p>		

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付券				
① 給付番号	第 号	② 給付券発行 年 月 日	年 月 日	
③ 対象者氏名		② 生年月日	生( 歳)	
⑤ 対象者住所				
⑥ 保護者氏名		⑦ 対象者との続柄		
⑧ 給付する用具名 (型式規模等)				
⑨ 価 格	円	⑩ 扶養義務者が 支払うべき額	円	⑪ 公費負担額
用具基準額(参照)	円			円
⑫ 納入業者名		⑬ 納入業者 の住所	電話( ) -	
上記のとおり決定する。 年 月 日  大阪市長				

⑭ 業者の納付 した日	年 月 日	⑮ 扶養義務 者より受 領した額	円	⑯ 受領業者 名及び 年月日	(印) 年 月 日
⑰ 用具受領 保護者名	(印)	⑱ 検 収 者	職名 氏名 (印)		
⑲ その他 特記事項					

(注) 本表は、①～⑬、⑱は市町村、⑭～⑯は納付した業者が記入すること。

⑰は保護者が記入すること。

※ 本給付券は用具を受け取る際に、業者にお渡し下さい。また、業者は本給付券及び委任状を添えて費用を請求してください。

[様式第5号]

年 月 日

大 阪 市 長

申請書住所

申請者氏名 (印)

対象者との続柄 ( )

小児慢性特定疾病児日常生活用具受領報告書

年 月 日付大大保第 号にて給付決定を受けた日常生活用具について、大阪市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業実施要綱第13の規定により、関係書類を添えて次のとおり受領報告をします。

記

日常生活用具の種目 (給付品名)	
用具の価格	金 円
うち公費の予定金額	金 円
納入年月日	年 月 日
添付書類	納品書、支払った額の領収書

[様式第 6 号]

小児慢性特定疾病児日常生活用具にかかる  
代理請求及び代理受領委任状

年 月 日

大阪市長

私は、          年 月 日付、給付番号第           号 の日常生活用具給付券の公費負担額にかか  
る請求と受領について、次のとおり委任します。

記

委任者（日常生活用具の給付決定を受けた保護者）

住 所

---

氏名・印

---



上記の権限の委任をうける事を承諾します。

受任者（日常生活用具給付券に記載された納入業者）

所 在 地

---

氏名・印

---



**お 願 い**

【日常生活用具の給付決定を受けた保護者（委任者）の方へ】

この委任状は、用具の給付を受ける際に、記入と押印のうえ「日常生活用具給付券」  
と一緒に納入業者へお渡しください。

【受任者（納入業者）の方へ】

この委任状は、公費負担額を請求する際に必ず必要となります。受任者の所在地、  
氏名を記入し押印（法人等の場合は代表者印）のうえ「日常生活用具給付券」及び  
「請求書」と併せて、大阪市保健所管理課へ請求してください。

大大保第 号

小児慢性特定疾病児日常生活用具却下決定通知書

年 月 日

(申請者) 様

大阪市長 (印)

年 月 日に申請のありました小児慢性特定疾病児日常生活用具の給付につきましては、審査の結果、次の理由により却下することに決定しましたので、ご承知ください。

対象者	氏名	
	住所	大阪市 区
種 目		
却下理由		



年 月 日

大 阪 市 長

申請者住所

申請者氏名

印

対象者との続柄 ( )

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業変更承認申請書

年 月 日付大保第 号にて給付決定を受けた小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業について、次のとおり変更する必要がありますので、市長の承認を申請します。

記

1 変更する内容及びその理由

[様式第9号]

年 月 日

大阪市長

申請書住所

申請者氏名 (印)

対象者との続柄 ( )

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業申請取下書

年 月 日付大大保第 号にて通知のありました小児慢性特定  
疾病児日常生活用具給付事業の給付決定については、大阪市小児慢性特定疾病児日常生活用具  
給付事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申請を取り下げます。

記

1 給付決定通知書を受け取った日 年 月 日

2 取下げの理由

大 大 保 第 号  
年 月 日

様

大阪市長

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業  
事業変更による給付決定取消・変更通知書

年 月 日付大大保第 号にて給付決定しました小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業については、次のとおり取消・変更することを決定しましたので通知します。

記

1 取消・変更の内容

2 取消・変更の理由

様

大阪市長

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業金額確定通知書

年 月 日付大 大 保 第 号にて給付決定しました小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業について、次のとおり公費負担額を確定しましたので通知します。

記

1 確定金額 金 円

大 大 保 第 号  
年 月 日

様

大阪市長

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付決定取消書

年 月 日付大 大 保 第 号にて給付決定しました小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業については、次のとおり取消することを決定しましたので通知します。

記

1 取消の内容

2 取消の理由

大 大 保 第 号  
年 月 日

様

大阪市長

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業公費返還通知書

年 月 日付大大保第 号において、小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業の給付決定を行い、年 月 日付で交付したところであるが、次のとおり返還を求めます。

記

1 返還理由

2 返還金納付期日

年 月 日までに納入すること。

3 請求金額

金 円

但し、公費負担額の（ 全部 ・ 一部 ）

小児慢性特定疾病児日常生活用具給付台帳

給付券 番号	申 請 年月日	氏 名	年齢	※ 用具種目	見積書		給付決定 年月日	業 者 名	費用				業者納入 年月日	業者請求 年月日	公費支払 年月日
					依頼年月日	受理年月日			自 己 負担額	階層	公 費 負担額	計			
		住 所													
	・ ・				・ ・		・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
	・ ・				・ ・		・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
	・ ・				・ ・		・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
	・ ・				・ ・		・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
	・ ・				・ ・		・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
	・ ・				・ ・		・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
	・ ・				・ ・		・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
	・ ・				・ ・		・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	

※ 1 便器、2 特殊マット、3 特殊便器、4 特殊寝台、5 歩行支援用具、6 入浴補助用具、7 特殊尿器、8 体位変換器、9 車椅子、10 頭部保護帽、11 電気式たん吸引器、  
 12 クールベスト、13 紫外線カットクリーム、14 ネブライザー（吸入器）、15 パルスオキシメーター、16 ストーマ装具（消化器系）、17 ストーマ装具（尿路系）、  
 18 人工鼻