

特別児童扶養手当の申請希望用紙

(発達外来、神経科専用)

患者氏名_____

I D _____

【書類作成について】

適切に本書類を作成するためには、3 カ月以上の間隔をあけて2 回以上の医師による評価が望ましく、そのため、2 回目以降の診察で書類作成を受け付けています。

【ご協力をお願い】

本書類には、お子さんの日常生活について記載する項目があります。

普段の生活の様子を参考にさせていただくため、お子さんのご家庭での生活の様子をご記入ください。

※ご記入いただいた内容が全て反映されるのではなく、医師が診察内容や診察時の様子を含めて判断し、申請書へ記載致しますことをご了承ください。

1、 食事 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立) 具体的な様子
2、 洗面 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立) 具体的な様子
3、 排泄 (おむつ必要 ・ おむつ不要) / (全介助 ・ 半介助 ・ 自立) 具体的な様子
4、 衣服 (脱げない ・ 着られない ・ ボタン不能 ・ 自立) 具体的な様子
5、 入浴 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立) 具体的な様子
6、 危険物 (全くわからない ・ 特定の物、場所はわかる ・ 大体わかる) 具体的な様子
7、 睡眠 (夜眠らず騒ぐ ・ 時々不眠 ・ 寝ぼける ・ 問題なし) 具体的な様子
8、 療育手帳 (無 ・ 有) →有の場合 等級 (マル A ・ A ・ B ・ C) 県外の方 () 取得時期 (年 月に取得)