



# 令和6年度「39（サンキュー）矢野基金」

## 筋ジストロフィー患者のための

### 「車いす」「意思伝達装置」購入費助成事業 助成申込書

※太枠内をすべてご記入ください。希望者ご本人が18歳未満の場合は、必ず親権者・代理の方がご記入ください。

記入日：令和6年\_\_月\_\_日

①助成希望者ご本人（筋ジストロフィー患者の方）について、ご記入ください。

ふりがな			年齢	歳	療養区分	自宅療養 施設療養
本人氏名	(姓)	(名)	性別	男性・女性・未回答		
お住まい	(〒 - ) 都道 市区 府県 町村 (建物名) ※施設療養中の方は、施設名をご記入ください。					
連絡先電話番号	固定電話	( ) -	携帯電話	( ) -		
メールアドレス				日本筋ジストロフィー協会の 会員・非会員の別	会員・非会員	
障害者等級等	身体障害者等級	1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級				
	障害者総合支援法に 基づく障害支援区分	区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6				
	介護保険法に基づく 要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
病型	<input type="checkbox"/> デュシェンヌ型 <input type="checkbox"/> ベッカー型 <input type="checkbox"/> 肢帯型 <input type="checkbox"/> 顔面肩甲上腕型 <input type="checkbox"/> 福山型 <input type="checkbox"/> 遠位型ミオパチー <input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症 <input type="checkbox"/> 筋強直性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )					

②親権者・代理の方が申込まれる場合のみ、ご記入ください。

ふりがな			年齢	歳	同居区分	本人と同居 本人と別居
代理人氏名	(姓)	(名)	ご本人との関係 (続柄)			
お住まい	(〒 - ) 都道 市区 府県 町村 (建物名)					
連絡先電話番号	固定電話	( ) -	携帯電話	( ) -		
メールアドレス						

③希望する助成対象物品（車いす・意思伝達装置）をチェックしたうえで、それぞれ希望する情報について、ご回答ください。

□車いすを希望される方	現在の車いすの 保有状況	<input type="checkbox"/> 保有している（ <input type="checkbox"/> 手動 <input type="checkbox"/> 普通電動 <input type="checkbox"/> 簡易電動 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 保有していない
	必要な車いす の種類①	<input type="checkbox"/> 手動車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす（ <input type="checkbox"/> 普通電動 <input type="checkbox"/> 簡易電動 <input type="checkbox"/> 特殊電動 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他）
	必要な車いす の種類②	<input type="checkbox"/> オーダーメイド品が必要 <input type="checkbox"/> 既製品で構わない <input type="checkbox"/> まだ分からない <input type="checkbox"/> その他（具体的に: )
□意思伝達装置を希望される方	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 <input type="checkbox"/> 生体現象方式 <input type="checkbox"/> 不明	
公費の補助	※「39矢野基金」の助成は、自治体から障害者総合支援法に基づく「補装具費支給制度」を利用いただくことが条件です。必ず、お申込み前に自治体にご確認をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 「補装具費支給制度」を利用できることを確認しました（チェックをお願いいたします）	

