



令和2年度 ～筋ジストロフィー患者・児童養護施設の子どもたちへの応援基金～

「39(サンキュー)矢野基金」車いす購入費助成事業申込書

※太枠内をすべてご記入ください。希望者ご本人が未成年の場合は必ず親権者をご記入ください。

I. 車いす希望者ご本人（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	在宅療養 施設療養
本人氏名	(姓)	(名)	性別	男性・女性		
お住まい ※施設療養中 の方は施設住 所をご記入く ださい。	(〒 -)					
	府		市区		町村	
(マンション・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	()	-
電子メールアドレス						
日本筋ジストロフィー協会所属支部 ※筋ジストロフィー協会会員の方のみご回答ください。			大阪(和歌山含む)・京都・兵庫・奈良			
本基金の助成実績	初めて ・ 過去に助成又は寄贈を受けたことがある (年頃)					

II. 親権者・代理の方が応募申込される場合のみ、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			
お住まい ※ご本人と同 居されている 場合は「同 上」と記入し てください。	(〒 -)					
	府		市区		町村	
(マンション・建物名)						
連絡先電話番号	固定電話	()	-	携帯電話	()	-
電子メールアドレス						

III. 車いす希望者ご本人の現在の状況について、ご記入ください。

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	A. デュシェンヌ型 B. ベッカー型 C. 肢体型 D. 顔面肩甲上腕型 E. 福山型 F. 遠位型ミオパチー G. 神経原性筋萎縮症 H. 不明 I. その他(具体的に:	

IV. 応募動機

『なぜ車いすが必要なのか』についてご記入ください。

もし車いすがあったら生活がどう変わるのか、どのように使用したいのか、など出来るだけ詳しく記入してください。
(横書きで800字以内)

A large grid for writing answers, with vertical axis labels 50, 100, 150, 200, 250, 300, 350, 400, 450, 500, 550, 600 on the right side.

- VI. 矢野燿大さんに向けて「39(サンキュー)矢野基金」に関するメッセージや自己PRをお願いします。
(文章・イラストなど何を記入していただいても結構です。自由にお使いください。)

◆提出書類を今一度ご確認ください◆

- 「39(サンキュー)矢野基金」車いす購入費助成事業申込書(両面とももれなくご記入ください)
 - 身体障害者手帳の氏名・障害等級等記載箇所の写し
 - 医師診断書(筋ジストロフィーであることを医師が証するもの)
- ※ただし、日本筋ジストロフィー協会会員の方については提出不要です。

◆提出先◆

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 「39(サンキュー)矢野基金」事務局 山廣宛
〒542-0065 大阪市中央区中寺1丁目1番54号 大阪社会福祉指導センター内