様式第１号（第６条関係）

四万十市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年　　月　　日

四万十市長　　様

四万十市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、四万十市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 対象者との続柄 | □ 対象者本人□ 代理人（続柄　　　　）　（様式11号の提出が必要） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒電話番号(　　　　)　　　－ |
| 対象者 | □ 申請者と同じ（下記の生年月日(年齢)のみ記入）□ 上記の者を申請者として、委任します。（対象者欄の以下の項目の記入が必要） |
| フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 　年　　月　　日（　　　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒四万十市電話番号(　　　　)　　　－ |
| 利用開始予定日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| サービス内容 | 申請時点で利用したいサービスに☑をしてください。 |
| □ 訪問介護 |
|  | □ 身体介護　　　□ 生活援助　　　 □ 通院等乗降介助 |
| □ 訪問入浴介護 |
| □ 福祉用具貸与 |
|  | □ 車いす□ 車いす付属品□ 特殊寝台□ 特殊寝台付属品（サイドレール等）□ 床ずれ防止用具□ 体位変換器 | □ 手すり（工事を伴わないもの）□ スロープ（工事を伴わないもの）□ 歩行器□ 歩行補助つえ□ 移動用リフト（つり具の部分を除く）□ 自動排泄処理装置 |
| □ 福祉用具販売 |
|  | □ 腰掛便座 　　　　　　　　　　　　　 □ 簡易浴槽□ 自動排泄処理装置の交換可能部品　 □ 移動用リフトのつり具の部分□ 入浴補助用具  |
| 生活保護の受給（該当する方に☑をしてください。） | □ 有　・　□ 無 |
| ≪確認事項≫以下の項目について確認の上、☑をしてください。□ 他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。□ 支援事業の利用決定等に当たり、四万十市が住民登録及び他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。 |
| その他特記事項 |  |

※医師の意見書（様式第２号）を添付してください。