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。