

田原市若年がん患者在宅療養支援事業サービス利用認定申請書

年 月 日

田原市長 殿

申請者 住所
氏名（自署）
電話番号 （ ）

田原市若年がん患者在宅療養支援事業におけるサービスの利用の認定について、下記のとおり申請します。

記

ふりがな				年 月 日
利用者氏名 (甲)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年 月 日		
		(年齢 歳)		
住 所	〒			
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号 ()		
確認事項	区 分			いずれかに○印
	小児慢性特定疾病医療費助成の受給			有 ・ 無
	障害者総合支援法に基づく給付			有 ・ 無
	医療保険を受けた訪問看護等の利用			有 ・ 無
	生活保護の受給			有 ・ 無
	上記以外の制度における助成又は給付の受給			有 ・ 無
受給資格の審査のために、市が実施する確認事項に係る調査の実施に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません				
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）
主 治 医	病院名：			
	医師名： 電話番号 ()			
利用開始日	年 月 日（予定）			
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1項の規定にかかわらず、乙に本事業にかかる補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。 ※利用者が未成年（18歳未満）の場合は記入する必要はありません。				
受 任 者 (乙)	上記委任の件について、承諾しました。			
	氏名（自署）			甲との続柄
	住所 〒			生年月日 年 月 日

利用を希望するサービスの番号に○印をつけてください。

区分	サービスの内容
在宅サービス	1 訪問介護 (1) 身体介護中心 (2) 生活援助中心 (3) 通院等乗降介助 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 夜間対応型訪問介護 7 その他 ()
福祉用具の貸与	1 手すり 2 スロープ (工事を伴わないもの) 3 歩行器 4 歩行補助つえ 5 車いす 6 車いす付属品 7 特殊寝台 8 特殊寝台付属品 9 床ずれ防止用具 10 体位変換機 11 移動用リフト (つり具の部分を除く) 12 自動排泄処理装置 13 その他 ()
福祉用具の購入	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 入浴補助用具 4 簡易浴槽 5 移動用リフトのつり具部分 6 排泄予測支援機器 7 その他 ()

備考

- 1 医師による意見書 (様式第2号又はこれに準ずるもの) を添付してください。
- 2 利用者以外による申請の場合は、委任状 (様式第13号) を添付してください。
- 3 他の公的な制度等を利用されている経費については利用できません。