

大洲市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

大洲市長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

(利用者との続柄)

(電話番号)

大洲市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

利用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	㊟	年 齢	歳
	住 所	〒 TEL ()		
利用開始 予 定 日	年 月 日			
サー ビ ス 内 容	申請時点において利用したいサービスにチェック☑をしてください。			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具			
生活保護の 受 給	有 ・ 無			該当する方に○印を 付けてください。
公的制度 受給状況	障害者手帳	有 ・ 無		
	小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無		
≪誓約事項≫ 次の内容を確認の上、チェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 利用者は、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。				

* 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。