様式第１号（第６条関係）

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。 | | | | |
| □　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 | | | | |
|  | □　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）  □　車いす　　　　　　　　　　　　　□　車いす付属品  □　特殊寝台　　　　　　　　　　　　□　特殊寝台付属品  □　床ずれ防止用具　　　　　　　　　□　体位変換器  □　歩行器　　　　　　　　　　　　　□　歩行補助つえ  □　移動用リフト（つり具を除く。）　 □　自動排泄処理装置 | | | |
| □　福祉用具購入 | | | | |
|  | □　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 | | 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。  　□　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。