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。