伊豆の国市長 宛

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

	(1	申請者)	住 所				
			氏 名		印		
			電話番号				
			利用者との関	係 ()		
			※利用者が未成年	の場合は、法定代理人が申請	者となります。		
下記のとおり)、小児・若年がん患者在学	宅療養生活	舌支援事業を利力	用したいので関係書類	を添えて申請し		
ます。また、次のことについて同意します。							
□ 当該事業の利用の可否を決定するために市から医療機関及び事業所へ照会すること。							
□ 職員が信	主民基本台帳を閲覧するこ	と。					
			記				
ふりがな				年	月 日		
利用者氏名			生年月日	(歳)		
	₸						
住 所							
	電話 一 一						
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	備考(連絡	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
主 治 医	医療機関名						
<u> </u>	医 師 名		電	話 — —			
利用開始日	年 月	日					
	*該当するサービス内容に○印をつけて下さい						
	■身体介護に関すること						
	1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体の介護						
	■生活援助に関すること						
	1 調理	2 生活。	必需品の買い物	3 衣類の洗	濯、補修		
	4 住居等の清掃、整理整頓 5 その他必要な家事						
サービス内容	■通院等乗降介助に関すること						
	1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他()						
	■訪問入浴介護						
	■福祉用具貸与(※)	()		
	■福祉用具購入(※)	()		
	(※対象は、利用時の年齢が20歳から40歳未満の方です。ただし、利用時の年齢が0歳から20歳						
	未満で、小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業の補助を受けていない方は、本事業の助成を受けることができます。						

事業所名	訪問介護()		
	訪問入浴介護(
	福祉用具貸与・購入()		
公的制度受給状況	小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助 (有 ・ 無)			

(添付書類)

- □ 1. 医師の意見書(様式第2号)
- □ 2. 住民票(続柄の記載があり、個人番号の記載のないもので、発行から3箇月以内のもの)の写 し
 - ※「職員が住民基本台帳を閲覧すること」に同意した場合は添付不要