

様式第2号（第5条関係）

毛呂山町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業利用申請書

年　月　日

毛呂山町長　あて

申請者　住　所

氏　名

(利用者との続柄)

(電話番号)

)

)

毛呂山町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業を利用したいので、毛呂山町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記の通り申請します。

ふりがな			
利用者 氏名	生年月日	年　月　日 (　　)歳	
住　所	〒 電話番号 (　　)		
主　治　医	医療機関名 医師名 電話番号 (　　)		
<input type="checkbox"/> 利用者の身体状況等について、町が医師の意見を求めるに同意します。			
<input type="checkbox"/> 若年ターミナルケア在宅療養生活支援事業の利用決定に当たり、対象者の住所、年齢等について、住民基本台帳により町が確認することに同意します。			
生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 【有の場合】 <input type="checkbox"/> 若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業の利用決定に当たり、生活保護の受給状況を町が確認することに同意します。			
他制度における同等の助成又は給付の利用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (　　)			
利用開始日（予定日）　年　月　日			
私は、若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業に係る一切の権限を次の者に委任します。			
代　理　人	氏　名 (自署)	生年月日	年　月　日
	住所 〒 電話番号 (　　)	続柄	

(裏面もご記入ください。)

(裏)

利用予定サービス等	<p>※利用又は購入等を予定しているものに○印をつけてください。</p> <p>1 訪問看護 (1) 身体介護 (2) 生活援助 (3) 通院等乗降介助</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具の貸与 (1) 車いす (2) 車いす付属品 (3) 特殊寝台 (4) 特殊寝台付属品（介護用ベルトを含む。） (5) 床ずれ防止用具 (6) 体位変換機 (7) 手すり（工事を伴わないものに限る。） (8) スロープ（工事を伴わないものに限る。） (9) 歩行器 (10) 歩行補助つえ (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</p> <p>4 福祉用具の購入 (1) 腰掛け便座 (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の部分</p>
-----------	---