

様式第1号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

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

函南町長 仁科 喜世志 様

(申請者) 住 所
氏 名 ⑤
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・若年がん患者在宅療養生活支援事業を利用したいので関係書類（裏面）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町から医療機関及び事業所へ照会すること。
- 職員が住民基本台帳を閲覧すること。

記

ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)
利用者氏名					
住 所	〒 電話 - -				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）	
主 治 医	医療機関名 医師 名	電話 - -			
利用開始日	年 月 日				
サービス内容	<p>*該当するサービス内容に○印をつけて下さい</p> <p>■身体介護に關すること 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</p> <p>■生活援助に關すること 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</p> <p>■通院等乗降介助に關すること 1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他 ()</p> <p>■訪問入浴介護</p> <p>■福祉用具貸与 (※) ()</p> <p>■福祉用具購入 (※) ()</p> <p>(※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童等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。)</p>				
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童等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 か月以内のもの) 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