

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  
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<br>( 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><u>※該当するサービス内容に○印をつけて下さい</u></p> <p>■身体介護に関すること<br/>1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護</p> <p>■生活援助に関すること<br/>1 調理 2 生活必需品の買い物 3 衣類の洗濯、補修<br/>4 住居等の清掃、整理整頓 5 その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること<br/>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 ( )<br>訪問入浴介護 ( )<br>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<br>( 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