

中之条町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

中之条町長 様

申請者 住 所 中之条町大字

氏 名

（利用者との続柄）

（電話番号）

中之条町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 | 〒 中之条町大字 電話番号 () | |
| 利用開始 予 定 日 | 年 月 日 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等サービスを利用する場合は、初回面談日を利用開始日とする。 </div> | |
| 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 | 障がい者手帳 有 ・ 無 小児慢性特性疾病医療費助成 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 利用者は、町税等の滞納がないものとし、町が住民基本台帳の照会・町税等の収納状況照会をすることに同意します。 <input type="checkbox"/> 利用者は、入院期間中、本事業のサービスを利用しないことを誓約します。 | | | |

* 医師の意見書（別記様式第2号）を添付してください。

【利用可能サービス一覧】

| | | | |
|--|----------------------|------|---------|
| 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 | 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等 | | |
| 福祉用具貸与（※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外） | | | |
| ・手すり（工事を伴わないもの） ・車イス 車イス付属品 ・歩行器 ・歩行補助つえ ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・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（※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外） | | | |
| ・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 | | | |

| | | | | | |
|-------|-------------|-------|---|------|---|
| ※町使用欄 | 納付状況(滞納の有無) | 有 ・ 無 | 印 | 住民登録 | 印 |
|-------|-------------|-------|---|------|---|