

様式第 1 号（第 4 条関係）

始良市若年末期がん患者に対する療養支援事業利用申請書

年 月 日

始良市長 殿

申請者 住 所
氏 名
(続柄)
電話番号

始良市若年末期がん患者に対する療養支援事業の利用について、下記のとおり申請します。また、支援事業の利用決定に当たり、始良市が必要に応じて住民登録や他制度の利用状況、利用者の身体状況等について関係機関へ照会することに同意します。

記

ふりがな			生年月日		年 月 日	
利用者氏名			年 齢	歳	性別	男・女
住 所	〒 始良市 TEL					
主 治 医	医療機関名 電 話 番 号 医 師 名					
利用開始日	年 月 日（予定）					
公的制度 受給状況	身体障害者手帳		有（ 級）・ 無			
	小児慢性特定疾病医療費助成		有 ・ 無			
	生活保護の受給		有 ・ 無			
サービス 内 容	☐ 訪問介護（事業者名 ） ☐ 身体介護 ☐ 生活援助 ☐ 通院等乗降介助 ☐ 訪問入浴介護（事業者名 ） ☐ 福祉用具貸与（事業者名 ） ☐ 福祉用具購入（事業者名 ）					

※「末期がん」であることが確認できる始良市若年末期がん患者に対する療養支援事業意見書（様式第 2 号）を添付してください。

市使用欄			
受理年月日	年 月 日	交付(却下)年月日	年 月 日
介護保険係審査	○サービス内容・事業者名 適・不適 ()		確認