

様式 1

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

令和 年 月 日

始良市長 様

申請者 住 所

氏 名

(電話番号)

下記のとおり、始良市若年末期がん患者に対する療養支援事業を利用したいので、申請します。

記

ふりがな				生年月日	昭和・平成	年	月	日
利用者氏名				年 齢	歳	性別	男 ・ 女	
住 所	〒 TEL ()							
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	電話番号						
利用開始予定日	平成 年 月 日							
サ ー ビ ス 内 容	<u>*該当するサービス内容に○印をつけて下さい</u> ■身体介護に関すること 1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護 ■生活援助に関すること 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 ■通院等乗降介助に関すること 1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他 () ■訪問入浴介護 ■福祉用具貸与 () ■福祉用具購入 ()							
事業者名	■身体介護に関すること () ■生活援助に関すること () ■通院等乗降介助に関すること () ■訪問入浴介護 () ■福祉用具貸与 () ■福祉用具購入 ()							
公 的 制 度 受給状況	障害者手帳 (有 ・ 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)							

* 「末期がん」であることが確認できる医師の意見書(様式2)等を添付してください。

市使用欄

申請受理 年月日		(交付・却下) 決定年月日	
審査 介護保険係	○サービス内容・事業者名 適・不適 ()		確認印