

様式第1号（第5条関係）

砥部町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）砥部町長

砥部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。

申請者	フリガナ		印	対象者 との続柄	
	氏名			電話	()
住所	〒 -				
対象者	支援事業の利用決定等に当たり、砥部町が住民登録又は他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。				
	フリガナ		印	生年月日	年 月 日
	氏名			(年齢)	(歳)
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 〒 - 砥部町				
利用開始予定日		年 月 日			
サービス内容（申請日時点で利用したいサービスにチェック☑をしてください。）					
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助					
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護					
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 車椅子付属品（電動補助装置等） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（サイドレール等） <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置					
<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具					
生活保護の受給（○を付けてください。）				有 ・ 無	
≪誓約事項≫ 以下の項目について確認の上、□にチェック☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 対象者は、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。					
その他特記事項					

*意見書（様式第2号）を添付してください。