

記入上の注意

様式第1号（第7条関係）

空欄でお持ちください。提出時にご記入いただきます。

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

電話は、日中連絡がとれる番号をご記入ください。
利用者が未成年の場合は、法定代理人が申請者となり、続柄を（ ）にご記入ください。

申請者 住所
電話
利用者との続柄（ ）

在宅療養生活支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。なお、市が当該事業の利用の可否を決定するために必要な公簿の閲覧すること又は市から医療機関及び事業所へ照会を行うことについて同意します。

フリガナ		年 月 日
利用者氏名		歳
住 所	袋井市	電話 ()
主 治 医	医療機関名 医師名	電話番号
利用開始日	年 月 日	
サービス内容	申請するサービス内容にレ点を付けてください。 (1) 訪問介護に関すること ☐ 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 ☐ その他 () (2) その他 ☐ 訪問入浴介護 ☐ 福祉用具貸与※ () ☐ 福祉用具購入※ ()	
事業者が複数あれば、全てご記入ください。	利用時の年齢が0歳から事業の補助を受けることができます。	「小児慢性特定疾病医療受給者証」受給者証をお持ちの方は【有】に○を付けてください。不明の場合は、未記入でお持ちください。市で確認します。
事業所名	訪問介護 ()、訪問入浴介護 () 福祉用具貸与・購入 ()	
公的制度受給状況	小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業による補助（無・有）	

様式第2号の【医師の意見書】を記入してもらう医療機関、医師名と同一にしてください。

申請するサービスが複数ある場合は全てにレ点を記入してください。