

様式第1号（第7条関係）

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

袋井市長

申請者 住所
氏名
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を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		生年月日	年 月 日
利用者氏名		年 齢	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	<p>申請するサービス内容にレ点を付けてください。</p> <p>(1) 訪問介護に関すること <input type="checkbox"/> 身体介護に関すること <input type="checkbox"/> 生活援助に関すること <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助に関すること <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>(2) その他 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与※ () <input type="checkbox"/> 福祉用具購入※ ()</p> <p>※助成対象は、利用時の年齢が20歳から40歳未満までの方です。ただし、利用時の年齢が0歳から20歳未満までで、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業の補助を受けていない方は、本事業の補助を受けることができます。</p>		
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)		