

中間市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

中間市長 様

申請者 住所 〒 ー

氏名

電話番号 ()

利用希望者との続柄

中間市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

○ 利用希望者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名		年 齢	歳
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	〒 ー 電話番号 ()		
同 意 欄	<input type="checkbox"/> 支援事業の利用の可否の決定に必要な範囲で、中間市が住所情報や他制度の利用状況について、調査、照会、閲覧その他の必要な対応をすることに同意します。		

備考

- 1 申請の際は、次の書類を添付してください。
 - (1) 意見書（別記第2号様式）、診断書その他の利用希望者が介護保険法施行令第2条第1号のがんであることが確認できる書類
 - (2) 利用希望者の本人確認書類（運転免許証、個人番号カード等本人であることを確認するに足りる書類）の写し
- 2 利用希望者と申請者が異なる場合は、1の書類に加え、申請者の本人確認書類の写しを添付してください。
- 3 裏面も記入してください。

申請日時点において、利用したいサービスの□にチェックを付けてください。

□訪問介護	
□身体介護に関すること。	
□身体の清潔の保持等の援助	□その他必要な身体の介護
□生活援助に関すること。	
□調理	□生活必需品の買い物
□衣類の洗濯、補修	□住居等の清掃、整理整頓
□その他必要な家事	
□通院等乗降介助に関すること。	
□通院、交通や公共機関の利用等の援助	
□その他	
利用事業所	
利用開始年月日	年 月 日
□訪問入浴介護	
利用事業所	
利用開始年月日	年 月 日
□福祉用具貸与	
□車いす	
□特殊寝台	□床ずれ防止用具
□体位変換器	□手すり
□スロープ	□歩行器
□歩行補助つえ	□認知症老人徘徊感知機器
□移動用リフト	□自動排泄処理装置
□その他介護保険法第8条第12項の厚生労働大臣が定めるもの	
利用事業所	
利用開始年月日	年 月 日
□福祉用具購入	
□腰掛便座	
□入浴補助用具	□自動排泄処理装置の交換可能部品
□簡易浴槽	□移動用リフトのつり具の部分
□その他介護保険法第8条第13項の厚生労働大臣が定めるもの	
利用事業所	
利用開始年月日	年 月 日

備考 福祉用具貸与について

- 1 「車いす」と「特殊寝台」は、附属品を含みます。
- 2 「体位変換器」は、起き上がり補助装置を含みます。
- 3 「手すり」と「スロープ」は、工事を伴わないものに限ります。
- 4 「移動用リフト」は、つり具の部分を除き、階段移動用リフトを含みます。また、住宅改修を伴わないものに限ります。
- 5 「自動排泄処理装置」は、レシーバー、チューブ、タンク等を除きます。