

様式第1号（第5条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）藤岡市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
（利用者との続柄）

藤岡市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。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒 電話番号 ()		
利用開始 予 定 日	年 月 日		〔 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等のサービスを利用する場合は、初回面談日を利用開始日とする。 〕	
公的支援制度 受給状況	該当する方に○印を付けてください。()には受給しているサービスを記入してください。 無 ・ 有 ()			
≪誓約事項≫ 次の内容を確認の上、チェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 利用者は、他の公的支援制度において、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。 <input type="checkbox"/> 利用者は、入院期間中、本事業のサービスを利用しないことを誓約します。				

*医師の意見書（様式第2号）を添付してください。

【利用可能サービス一覧】利用するサービスにチェック☑してください。

*他の公的支援制度において同様のサービスを受給している場合は、対象外です。

<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"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 車椅子 車椅子付属品 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	<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
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等	