

若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

【記入例】

黄色太枠内をご記入ください。

申請者がご本人の場合、  
利用者氏名・住所欄は「同上」でも可

申請者 住所 藤岡市中栗須327番地  
氏名 藤岡 花子  
電話番号 0274-40-2808  
(利用者との続柄 母 )

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	ふじおか たろう	
	氏名	藤岡 太郎	
住所	〒	375-8601	
		藤岡市中栗須 327 番地	
		電話番号	0274 ( 40 ) 2808
利用開始 予定日	令和5年10月1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 ・ <b>有</b> ( <b>障害者手帳</b> )		
<p>《誓約事項》 次の内容を確認の上、チェック☑してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 利用者は、他の公的支援制度において、<b>同様のサービス</b>を受けることができない者であることを誓約します。</p> <p><input checked="" 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。</p>			

下記 **利用可能なサービス一覧** と同様のサービスの利用はありますか？

\*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			