

(表面)

様式第1号(第4条関係)

朝日町若年がん患者に対する在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

朝日町長 様

申請者 住 所
氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

(利用者との続柄)

(電話番号)

下記のとおり、朝日町若年がん患者に対する在宅療養支援事業を利用したいので、申請します。

記

ふりがな		生年月日	年	月	日
利用者 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 齡	歳		
住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※日中に連絡可能な電話番号を記入してください。				
利用開始予定日	年 月 日				
公的制度 受給状況	区分	いずれかに○			
	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付 事業による給付の有無	有	・	無	
	障害者総合支援法に基づく給付の有無	有	・	無	
	その他の給付金の有無	有	・	無	
	生活保護の受給の有無	有	・	無	
	<生活保護の受給が有の場合> 受給資格審査のため、朝日町が実施する世帯の生 活保護受給状況の確認に同意しますか。	同意する	・	同意しない	

【裏面もご記入ください】

(裏面)

利用するサービス内容

1. 訪問介護	2. 訪問入浴介護
3. 次に掲げる福祉用具の貸与 (1) 車椅子 (2) 車椅子附属品 (3) 特殊寝台 (4) 特殊寝台附属品 (5) 床ずれ防止用具 (6) 体位変換器 (7) 手すり (工事を伴わないもの) (8) スロープ (工事を伴わないもの) (9) 歩行器 (10) 歩行補助つえ (11) 移動用リフト (つり具の部分を除く) (12) 自動排せつ処理装置 (13) その他町長が必要と認めるもの	
4. 次に掲げる福祉用具の購入 (1) 腰掛便座 (2) 自動排せつ処理装置の交換可能部品 (3) 入浴補助用具 (4) 簡易浴槽 (5) 移動用リフトのつり具の部分 (6) 排せつ予測支援機器 (7) その他町長が必要と認めるもの	

※ 医師の意見書(様式第2号)等と運転免許証・マイナンバーカードの写し(マイナンバーの記載がないもの)等を添付してください。

※ 支援事業を利用しようとする者以外の者が申請する場合は、下記の欄に記入してください。

委任状

朝日町長 様

(代理人) 住所

氏名(自署)

私は、上記の者を代理人と定め、朝日町若年がん患者に対する在宅療養支援事業の申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

(委任者) 住所

氏名(自署)