

(表)

様式第1号 (第6条関係)

行橋市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

行橋市長 様

申請者 住所

氏名

(利用者との関係)

(電話番号)

行橋市若年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。また、支援事業の利用決定に当たり、行橋市が住民基本台帳への登録の有無、他制度の利用状況等について、関係機関に対し調査・照会及び閲覧すること並びに利用者の身体状況等について、医師の意見を求めることに同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏 名		年 齢	歳
住 所	〒 ー □申請者と同じ TEL ()		
利用者は、民法第 653 条第 1 号の規定にかかわらず、次の者に行橋市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。(利用者が記入)			
受任者	氏名	生年月日	利用者 との続柄
	住所		

申請日時点において、利用したいサービスの番号に○印を付けてください。

サービス 内容	1 訪問介護 (1) 身体介護に関すること。 ア 身体の清潔の保持等の援助 イ その他必要な身体の介護 (2) 生活援助に関すること。 ア 調理 イ 生活必需品の買い物 ウ 衣類の洗濯、補修 エ 住居等の清掃、整理整頓 オ その他必要な家事 (3) 通院等乗降介助に関すること。 ア 通院、交通や公共機関の利用等の援助 イ その他 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 (裏面の欄で該当するものに○を付けてください。) 4 福祉用具購入 (裏面の欄で該当するものに○を付けてください。)		
	利用予定 事業所 (申請時点)	1	訪問介護
	2	訪問入浴介護	
	2	福祉用具貸与	
	3	福祉用具購入	

(裏)

福祉用具貸与

- ア 車椅子（付属品含む。）
- イ 特殊寝台（付属品含む。）
- ウ 床ずれ防止用具
- エ 体位変換器（起き上がり補助装置を含む。）
- オ 手すり（工事を伴わないもの）
- カ スロープ（工事を伴わないもの）
- キ 歩行器
- ク 歩行補助杖
- ケ 移動用リフト（つり具の部分を除く。階段移動用リフトを含む。）
- コ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）

福祉用具購入

- ア 腰掛便座
- イ 入浴補助用具
- ウ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- エ 簡易浴槽
- オ 移動用リフトのつり具の部分