

様式第1号（第4条関係）

玉村町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）玉村町長

申請者 住所 玉村町大字
 氏名 _____
 （利用者との続柄 _____）
 電話番号 _____

玉村町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。
 利用決定等にあたり、玉村町が住民登録および他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧すること、医療機関および事業所へ照会することについて同意します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	玉村町大字 TEL ()		
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。			
サービス 内容	<p>*利用を希望する番号に丸をし、サービス内容にチェックをつけてください。</p> <p>1 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</p> <p>2 訪問入浴介助</p> <p>3 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"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <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</p> <p>4 福祉用具貸与(0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外) <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</p> <p>5 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等</p>			
公的制度 受給状況	障害者手帳	有 ・ 無	生活保護の 受給	有 ・ 無
<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 type="checkbox"/> 利用者は、他の事業において、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。</p> <p><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。</p>				

* 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。