

桐生市若年がん患者在宅療養費助成金申請書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄)
(電話番号)

若年がん患者在宅療養費助成金の交付について、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	〒 TEL ()		
サービス 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。〕		
公的制度 受給状況	障害者手帳 小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無 有 ・ 無	該当する方に○印を付けてください。	
<p>《誓約及び同意事項》 次の内容を確認の上、署名してください。</p> <p>利用者は在宅療養生活を支援する他の公的支援制度を受給していない者であること、入院期間中は本事業のサービスを利用しないことを誓約します。</p> <p>医師意見書等の内容や申請内容等、本事業の利用に関して必要な情報について、関係者に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">(申請者氏名) _____</p>				

* 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。

【利用予定サービス一覧】

<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"/> 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等			
<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"/> 車いす、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、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		