

年 月 日

精華町長 宛て

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業利用申請書

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業の利用について、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第5条の規定により、次の事項について確認・同意の上、必要書類を添えて申請します。

- ・この事業に関し必要な住民基本台帳に記録された情報や生活保護制度等の状況について、精華町が閲覧・照会することに同意します。
- ・医師に治療内容を照会することに同意します。
- ・対象サービスを提供する事業者に内容を照会することに同意します。
- ・申請に係る対象経費は、国又は他の地方公共団体から助成等を受けていません。
- ・申請に当たっては、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱の内容を遵守します。

対象者 (甲)	ふりがな		生年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒 □申請者と同じ (電話番号)			申請者との 関係
生活保護の受給（○をつけてください） 有 ・ 無					

甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る一切の手続を委任します。

※受任者を指定頂くことで、助成対象者本人が手続きを行うことが困難な場合も、受任者が代理として請求等の手続きを行うことができます。

受任者 (乙)	ふりがな				
	氏 名				
	住 所	〒			
	生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号		
	対象者との関係 父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ その他 ()				
上記委任の件について、承諾しました 受任者（自署）					

【添付書類】

□本人確認書類（甲・乙）（運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード、住民票の写しなど）

□精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る意見書（別記様式第2号）

利用予定のサービス内容	該当するサービス内容に○印をつけてください。 1 訪問介護 (1) 身体介護に関すること (2) 生活援助に関すること (3) 通院等乗降介助に関すること 2 訪問入浴介護 3 福祉用具借受 (下記ア～スで該当するものに○をつけてください) 4 福祉用具購入 (下記タ～ナで該当するものに○をつけてください)
利用予定の事業所	上記サービスの利用を予定している事業所名を記入してください。 1 訪問介護 () 2 訪問入浴介護 () 3 福祉用具借受 () 4 福祉用具購入 ()
利用開始日 (予定)	年 月 日

福祉用具借受

- ア 手すり（工事を伴わないもの）
- イ スロープ（工事を伴わないもの）
- ウ 車いす
- エ 車いす付属品
- オ 歩行器
- カ 歩行補助つえ
- キ 特殊寝台
- ク 特殊寝台付属品
- ケ 床ずれ防止用具
- コ 体位変換器
- サ 移動用リフト（つり具部分を除く）
- シ 自動排泄処理装置
- ス その他（)

福祉用具購入

- タ 腰掛便座
- チ 簡易浴槽
- ツ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- テ 移動用リフトのつり具部分
- ト 入浴補助用具
- ナ その他（)

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
特 記 事 項			

上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、がん（介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）と判断できる。

（判断年月日：_____年_____月_____日）

精華町長 宛て

_____年_____月_____日

医療機関名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

医 師 名 _____ 印 _____

（自署の場合は不要）

第 号
年 月 日

様

精華町長

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業利用承認通知書

年 月 日付け「精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業利用申請書」について審査の結果、下記のとおり承認しましたので通知します。
なお、住所変更など認定内容に変更が生じたときや、この事業を利用する必要がなくなった場合は、速やかにその旨を届けてください。

記

1 対象者の氏名及び住所

対 象 者 氏 名	
住 所	

2 利用開始日 年 月 日

第 号
年 月 日

様

精華町長

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業利用不承認通知書

年 月 日付け「精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業利用申請書」について審査の結果、不承認としましたので、通知します。

記

1 対象者の氏名及び住所

対象者氏名	
住 所	

2 不承認とした理由

年 月 日

精華町長 宛て

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業利用（変更・中止）申請書

年 月 日付けで承認を受けた、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る利用について、下記のとおり申請内容に変更が生じたので、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第8条の規定に基づき申請します。

記

1 利用者氏名 (生年月日 年 月 日)

2 変更内容 (□にチェック☑し、変更事項のみ記載してください)

□ 申請者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号			

□ 対象者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号			

生活保護の受給(○をつけてください)	有 ・ 無	申請者との関係	
--------------------	-------	---------	--

□ 受任者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
	対象者との関係	父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ その他 ()		

上記委任の件について、承諾しました。	受任者(自署)
--------------------	---------

別記様式第5号（裏面）（第8条関係）

3 助成事業を利用する必要がなくなった場合

（理由） 次のうち該当するものに○を付けてください。

ア 利用者が入院することとなった

イ 利用者が亡くなった

ウ その他（ ）

4 対象者に該当しなくなった場合

（理由） 次のうち該当するものに○を付けてください。

ア 町外に転出した

イ 他の事業において、助成事業と同様のサービスを受けることになった

ウ その他（ ）

第 号
年 月 日

様

精華町長

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業利用廃止（取消）通知書

年 月 日付けで承認した精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る利用については、下記のとおり利用廃止（取消）することとしましたので通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所

利用者氏名	
住 所	

2 廃止（取消）とした理由

3 廃止（取消）日

年 月 日

年 月 日

精華町長 宛て

請求者 住 所
氏 名
(電話番号)

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業助成金交付請求書

年 月 日付けで利用決定を受けた精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業を利用しましたので、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第10条の規定により、必要書類を添えて報告（請求）します。

なお、本請求に係る対象経費は、その他の制度における助成は受けていません。

1 利 用 月 年 月 ～ 年 月分

2 利 用 者

3 請 求 金 額 金 円

※請求金額は、別記様式第7号（別紙）サービス利用一覧の請求額を記入してください。

※複数月分をまとめて請求するときは、各月ごとサービス利用一覧を作成し、上記請求金額には、各月のサービス利用一覧の請求額の合計額を記入してください。

4 振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所							
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号							
口 座 名 義	(フリガナ)								

※ 請求者名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ☐ 利用サービスに関する領収書（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行者の名称の記載があるもの。（原本に限る）
- ☐ 利用サービスに関する明細書（原本に限る）
- ☐ サービス利用一覧（別記様式第7号（別紙））
- ☐ 振込先が確認できるもの（写し）

別記様式第7号（別紙）（第10条関係）

サービス利用一覧（ 年 月分）

1. 訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具の借受

利用したサービス	金 額
訪 問 介 護	
訪 問 入 浴 介 護	
福祉用具の借受	
小計【A】	
助成対象費用【B】 【A】が80,000円以下ならば【A】の額を記入 【A】が80,000円を超える場合は、80,000円と記入	
請求額【C】 【B】×0.9の額を記入（1円未満は切捨て） ※ 生活保護世帯は【B】の額を記入	

2. 福祉用具の購入

購 入 日	購 入 し た 福 祉 用 具	金 額
小計【D】		
助成対象費用【E】 【D】が100,000円以下ならば【D】の額を記入 【D】が100,000円を超える場合は、100,000円と記入		
請求額【F】 【E】×0.9の額を記入（1円未満は切捨て） ※ 生活保護世帯は【E】の額を記入		

3. 総合計額【請求書に記入する額】

合計【C】＋【F】

様

精華町長

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業交付決定通知書

年 月 日付けで報告及び請求のあった精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業について、下記のとおり交付することを決定したので、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第 1 1 条の規定により通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所

利用者氏名	
住 所	

2 交付決定額

金 円 （ 年 月分）

第 号
年 月 日

様

精華町長

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業不交付決定通知書

年 月 日付けで報告及び請求のあった精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る助成について、下記のとおり交付しないことを決定したので、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第 1 1 条の規定により通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所

利用者氏名	
住 所	

2 不交付とした理由