

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續を委任します。

※受任者を指定頂くことで、助成対象者本人が手續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續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）

別記様式第1号（裏面）（第5条関係）

<p>利用予定のサービス内容</p>	<p>該当するサービス内容に○印をつけてください。</p> <p>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</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>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)</p> <p>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)</p>
<p>利用予定の事業所</p>	<p>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。</p> <p>1 訪問介護 ()</p> <p>2 訪問入浴介護 ()</p> <p>3 福祉用具借受 ()</p> <p>4 福祉用具購入 ()</p>
<p>利用開始日 (予定)</p>	<p>年 月 日</p>

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（)