様式第１号（第５条関係）

若年末期がん患者に対する療養支援事業利用申請書

年　月　日

　　志布志市長　　　　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

（利用者との続柄　　　）

　　若年末期がん患者に対する療養支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　月　日（　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　― |
| 電　　話 | 　　　―　　　― |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 備考（連絡先等） |
|  |  | 　　　年　月　日 |  |
|  |  | 　　　年　月　日 |  |
|  |  | 　　　年　月　日 |  |
|  |  | 　　　年　月　日 |  |
| 主治医 | 医療機関名 |  |
| 医師氏名 |  | 電話 | 　　―　　― |
| 利用開始予定日 | 　　　年　月　日 |
| サービス内容（希望する番号に○を付けてください。） | １　身体介護に関すること　⑴　身体の清潔の保持等の援助　⑵　その他必要な身体の介護２　生活援助に関すること　⑴　調理　⑵　生活必需品の買い物　⑶　衣類の洗濯及び補修　⑷　住居等の清掃及び整理整頓　⑸　その他必要な家事（　　　）３　通院等乗降介助　⑴　通院、交通、公共機関の利用等の援助　⑵　その他（　　　　　　　）４　訪問入浴介護５　福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）６　福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業者名 | 訪問介護（　　　　　　　）　訪問入浴介護（　　　　　　　）福祉用具貸与（　　　　　　　）　福祉用具購入（　　　　　　　） |
| 公的制度受給状況 | 障害者手帳（有・無）　小児慢性特定疾病医療費助成（有・無） |
| 添付書類 | 意見書（様式第２号）又は末期がんであることが確認できる医師の診断書 |