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 | | | | | | | | | |