

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 氏 名	-----		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 ー					
	電 話	ー ー					
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				
主治医	医療機関名						
	医師氏名				電話	ー ー	
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						
	(1) 身体の清潔の保持等の援助 (2) その他必要な身体の介護						
	2 生活援助に関すること						
	(1) 調理 (2) 生活必需品の買い物 (3) 衣類の洗濯及び補修						
	(4) 住居等の清掃及び整理整頓 (5) その他必要な家事 ()						
	3 通院等乗降介助						
(1) 通院、交通、公共機関の利用等の援助							
(2) 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						