

明和町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

明和町長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

明和町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

利用の可否の決定等において、明和町が住民登録、他の制度の利用状況について、関係機関に照合し、必要な資料を閲覧すること並びに医療機関及び事業者へ照会することに同意します。

利用者 □申請者と同じ	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齡	歳
	住 所	〒 TEL ()		
利用開始 (予 定 日)	年 月 日 〔 介護支援専門員による事業者の紹介・調整等サービスを利用する場合は、初回面談日を利用開始日とする。 〕			
公的制度 受給状況	障害者手帳 小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無 有 ・ 無	該当する方に○印を付けてください。	
<p>《誓約事項》 次の内容を確認の上、チェック☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者は、同様の趣旨の他の公的支援制度を受給していないことを誓約します。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者は、入院期間中、本事業のサービスを利用しないことを誓約します。</p>				

* 医師の意見書（別記様式第2号）を添付してください。

【利用可能サービス一覧】

訪問介護	身体介護	生活援助	通院等乗降介助
訪問入浴介護	介護支援専門員による事業者の紹介・調整等		
福祉用具貸与(※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外)			
<ul style="list-style-type: none"> ・手すり（工事を伴わないもの） ・スロープ（工事を伴わないもの） ・車いす ・車いす付属品 ・歩行器 ・歩行補助つえ ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト（つり具を除く。） ・自動排泄処理装置 			
福祉用具購入(※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外)			
<ul style="list-style-type: none"> ・腰掛便座 ・簡易浴槽 ・自動排泄処理装置の交換可能部品 ・移動用リフトのつり具の部分 ・入浴補助用具 			

* 既に使用した対象サービスの利用料の全額をサービス提供事業者を支払った申請者は、下記【振込口座】及び【サービス利用実績】も記入してください。

【振込口座】

銀行名	本・支店名	種目	口座番号					
		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
金融機関コード	店舗コード							
ふりがな								
口座名義人								

【サービス利用実績】

		サービス区分 提供サービスに○印を ↓ 付けてください	利用 回数	利用料	利用者負担額	助成額
年 月分		介護支援専門員 による事業者の 紹介・調整等	回	円	円	円
		身体介護	回	円	円	円
		生活援助	回	円	円	円
		通院等乗降介助	回	円	円	円
		訪問入浴介護	回	円	円	円
		福祉用具貸与	日	円	円	円
		福祉用具購入	—	円	円	円

- * 利用した期間が2か月以上の場合は、本用紙をコピーして1か月分ごとに記入してください。
- * 複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。
- * 対象サービスの全額を支払ったことが確認できる書類を添付してください。