

## 御前崎市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

御前崎市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

下記のとおり、御前崎市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業を利用したいので申請します。

## 記

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名		年 齡	歳
住 所	〒 電話番号		
主治医	病院名 電話番号 医師名		
利用開始予定日	年 月 日		
サービス内容	<b>*該当するサービス内容に○印をつけて下さい</b> ■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 ■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 ■通院等乗降介助に関すること 1 通院、交通及び公共機関の利用等の援助 2 その他( ) ■訪問入浴介護 ■福祉用具貸与(※)( ) ■福祉用具購入(※)( ) (※補助対象は、利用時の年齢が20歳から40歳未満の方です。ただし、利用時の年齢が0歳から20歳未満で、御前崎市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の補助を受けている方は、本事業の補助金を受けることができません。)		
事業所名	訪 問 介 護 ( ) 訪 問 入 浴 介 護 ( ) 福祉用具貸与・購入 ( )		
公的制度受給状況	御前崎市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による補助 (有・無)		

\* 利用者が未成年である場合は、利用者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるものを添付してください。

\* 医師意見書（様式第2号）を添付してください。