

和光市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）和光市長

申請者 住所
氏名
（利用者との続柄 ）
（電話番号 ）

和光市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業の利用について、以下のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名 （甲）	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	年 齡	歳
住 所	〒 TEL ()		
主治医	医療機関名 TEL () 主治医氏名		
生活保護の 受給	有 ・ 無 ＜有の場合＞受給資格審査のため、和光市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
18歳以上 20歳未満 の方	和光市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援補助金交付要綱第2条(2)における小児慢性特定疾病医療給付制度の認定状況について確認することを <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に和光市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業にかかる一切の権限を委任します。			
受任者 （乙）	氏名	生年 月日	年 月 日
	住所 〒 TEL ()	利用者との続柄	

上記委任の件について、承諾しました。

受任者（自署）_____

（裏面もご記入ください）

(裏面)

利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

区分	サービス等の内容	上限金額
居宅サービス	1. 訪問介護 (1)身体介護中心 (2)生活援助中心 (3)通院等乗降介助 2. 訪問入浴介護	
福祉用具の貸与	1. 手すり (工事を伴わないもの) 2. スロープ (工事を伴わないもの) 3. 歩行器 4. 歩行補助つえ 5. 車椅子 6. 車椅子付属品 7. 特殊寝台 8. 特殊寝台付属品 9. 床ずれ防止用具 10. 体位変換器 11. 移動用リフト (つり具の部分を除く。) 12. 自動排せつ処理装置	8万円/月
特定福祉用具の購入	1. 腰掛便座 2. 自動排せつ処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分	10万円/人
文書等作成料	1. 医師の意見書作成料 2. ケアプラン作成料	4千円/人 1万円/人

利用予定の事業所があれば記載してください。

区分	利用予定の事業所名称
居宅サービス	
福祉用具の貸与	
特定福祉用具の購入	