

上島町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

上島町長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

上島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 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒 TEL ()		
利用開始 予 定 日	年 月 日			
サービス 内 容	申請時点において利用したいサービスにチェック☑をしてください。			
	☐ 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			
	☐ 福祉用具貸与			
	☐ 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 ☐ 車いす附属品 ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台附属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 歩行器 ☐ 歩行補助つえ ☐ 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			
☐ 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				
生活保護の 受 給	有 ・ 無			該当する方に○印を 付けてください。
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			
《誓約事項》 次の内容を確認の上、チェック☑してください。 ☐ 利用者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約し ます。				

* 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。