

台東区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

台東区長 宛

(申請者)

フリガナ
氏名 _____

住所 _____

電話 _____

メールアドレス _____

台東区若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

また、当該申請を審査するにあたり、台東区長が、必要に応じて住民基本台帳を閲覧すること、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

対象者 (利用者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	印	年齢	歳
	住所	〒 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 □申請者と同じ(チェックのみで記入不要) 電話番号 _____		
他制度の利用状況	生活保護費の受給世帯員の有無		□有 □無	
	障害者手帳の有無		□有 □無	
	小児慢性特定疾病医療費助成の有無		□有 □無	
私(利用者)は、身体状況等により請求ができない場合は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、受任者に台東区若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。				
受任者	上記委任の件については、承諾しました。			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
	電話番号			

次頁もご記入ください

【区処理欄】

受付日 年 月 日 受付者()
利用承認日 年 月 日

利用する予定のサービスの記号に○を、利用開始予定と事業所名を記入してください。

区分	サービス等の内容	利用開始予定	利用予定の事業所名
居宅サービス	ア 訪問介護 イ 訪問入浴介護 ウ 訪問看護 エ 訪問リハビリテーション オ 居宅療養管理指導 カ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 キ 夜間対応型訪問介護	年 月 日	
福祉用具の貸与	ア 手すり(工事を伴わないものに限る) イ スロープ(工事を伴わないものに限る) ウ 歩行器 エ 歩行補助つえ オ 車いす カ 車いす付属品 キ 特殊寝台 ク 特殊寝台付属品 ケ 床ずれ防止用具 コ 体位変換器 サ 徘徊感知機器 シ 移動用リフト(つり具の部分を除く) ス 自動排泄処理装置	年 月 日	
福祉用具の購入	ア 腰掛便座 イ 自動排泄処理装置の交換可能物品 ウ 排泄予測支援機器 エ 入浴補助用具 オ 簡易浴槽 カ 移動用リフトのつり具部分	年 月 日	

上記サービスを利用するにあたり、ケアマネジャーを依頼する場合は以下も記載してください。

希望の有無	無 ・ 有(利用予定の事業所名)
利用開始予定	年 月 日