

若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）伊勢崎市長

申請者 住 所
氏 名
（利用者との続柄）
（電話番号）

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。

利用決定等に当たり、市が住民登録又は他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧すること、医療機関及び事業所へ照会することについて同意します。

利用 者	ふりがな	生年月日	年 月 日
	氏 名	年 齢	歳
	住 所	TEL ()	
利用開始日	年 月 日	〔介護支援専門員による事業所の紹介・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。〕	
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。 <input type="checkbox"/> 利用者は、他の事業において、同様のサービスを受けていない者であることを誓約します。 <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。			

* 医師の意見書（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所の紹介・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)			
・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） ・車椅子 ・車椅子付属品 ・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)			
・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			