

いちき串木野市若年末期がん療養支援事業利用申請書

年 月 日

いちき串木野市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(電話番号 )

いちき串木野市若年末期がん療養支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

ふりがな				生年月日	年 月 日
利用者氏名				年 齢	歳
住 所	〒 TEL ( )				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考 (連絡先等)	
主 治 医	病院名		電話番号		
	医師名				
利用開始予定日	年 月 日				
認定書類	医師の意見書等に係る費用 【 有 ( 円 ) ・ 無 】				
サービ ス 内 容	<u>*該当するサービス内容に○印をつけて下さい</u>				
	1 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			
	2 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、補修			
		(4) 住居等の清掃、整理整頓 (5) その他必要な家事			
	3 通院等乗降介助に関すること	(1) 通院、交通や公共機関の利用等の援助 (2) その他 ( )			
	4 訪問入浴介護				
	5 福祉用具貸与 ( )				
6 福祉用具購入 ( )					
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	障害者手帳 (有・無) 小児慢性特定疾病医療費助成 (有・無)				

\* 「末期がん」であることが確認できる医師の意見書（様式第2号）等を添付してください。