

泉佐野市がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

泉佐野市長 様

〒

申請者 住 所

氏 名

※申請者が利用者と異なる場合は下記にも記入し、委任状の添付も必要です。

※利用者が未成年の場合は法定代理人が申請者となります。

(利用者との続柄))
(生年月日))
(電話番号))

下記のとおり、泉佐野市がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が管理する個人情報を読覧し、下記関係者・関係機関に問い合わせ・確認することについて同意します。

記

ふりがな						
利用対象者氏名			生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所	〒 泉佐野市					
家 族 構 成	氏 名		続柄	生年月日	備 考 (連絡先等)	
主 治 医	病院名		医師名		電話番号	
*該当するサービス内容に☑または、○印をつけて下さい						
サービス 内容	☐ 身体介護に関すること 1. 身体の清潔の保持等の援助 2. その他必要な身体介護 ☐ 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 ☐ 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 () ☐ 訪問入浴介護 ☐ 福祉用具貸与 () ☐ 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 ()		福祉用具購入 ()			
公的制度 受給状況	障害者手帳 【 無 ・ 有 (身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳) 】 小児慢性特定疾病 【 無 ・ 有 (小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の利用 (無・有)) 】 特定医療費 (指定難病) の受給 【 無 ・ 有 】 自立支援医療 (精神通院) の受給 【 無 ・ 有 】 ※他の制度において、本事業と同等の助成または給付を受けることはできません。 生活保護の受給 【 無 ・ 有 】					

※ 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。