

川場村若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

川場村長 宛て

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

川場村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 齡	歳
	住 所	〒 TEL ()		
利用開始 予 定 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	
≪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ることができ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（別記様式第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） ・車いす 車いす付属品 ・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			