

泉南市長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日
連絡先電話番号

泉南市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

泉南市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、泉南若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第6条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ、必要書類を添えて申請します。
なお申請にあたっては、次のとおりです。(□にチェック☑をしてください。)

- この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報、公的制度受給状況、及び本事業等と同様の障害福祉サービス等の利用状況について泉南市が閲覧・照会することに同意します。
- 主治医に治療内容を照会することに同意します。
- 対象サービス提供事業者に内容を照会することに同意します。
- 申請にかかる対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- 申請にあたっては泉南市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱の内容を遵守します。

ふりがな		生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
対象者 氏 名			
住所	住所 〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()	申請者との 関係	
・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)】 ・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)】 ・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】 ・生活保護の受給【無・有】			
対象者は、民法第653条第1項第1号の規定に関わらず、受任者に泉南市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る一切の手續を委任します。 ※ 受任者を指定いただくことで、助成対象者本人が手續を行うことが困難な場合も、受任者が代理として請求等の手續を行うことができます。			
受任者	氏名	生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
	住所 〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()	申請者との 関係	
上記委任の件について、承諾しました。 <p style="text-align: center;">受任者(自署)</p>			

【添付書類】

- 申請にかかる全ての方の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、マイナ保険証(健康保険証)、住民票の写しなど)
- 泉南市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる意見書(様式第2号)

申請時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

サービス内容	<p>該当するサービス内容に○印をつけてください。</p> <p>1 訪問介護</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与(下記ア～サで該当するものに○をつけてください)</p> <p>4 福祉用具購入(下記シ～チで該当するものに○をつけてください)</p>	
利用予定事業所(申請時点)	<p>1 訪問介護 [</p> <p>2 訪問入浴介護 [</p> <p>3 福祉用具貸与 [</p> <p>4 福祉用具購入 [</p>	<p>)</p> <p>)</p> <p>)</p> <p>)</p>
利用開始(予定)日	<p>令和 年 月 日</p>	
福祉用具貸与	福祉用具購入	
<p>ア 車いす(付属品含む)</p> <p>イ 特殊寝台(付属品含む)</p> <p>ウ 床ずれ防止用具</p> <p>エ 体位変換器</p> <p>オ 手すり(工事を伴わないもの)</p> <p>カ スロープ(工事を伴わないもの)</p> <p>キ 歩行器</p> <p>ク 歩行補助つえ</p> <p>ケ 認知症老人徘徊感知機器</p> <p>コ 移動用リフト(つり具の部分を除く)</p> <p>サ 自動排泄処理装置</p>	<p>シ 腰掛便座</p> <p>ス 自動排泄処理装置の交換可能部品</p> <p>セ 排泄予測支援機器</p> <p>ソ 入浴補助用具</p> <p>タ 簡易浴槽</p> <p>チ 移動用リフトのつり具の部分</p>	