様式第１号（第５条関係）表面

いわき市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年　　月　　日

いわき市長　様

申請者　住所

氏名

（利用者との続柄　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　）

いわき市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 利用予定者  氏名（甲） |  | 年　　齢 | 歳 |
| 性　　別 | 男・女 |
| 住所 | □申請者と同じであれば、チェック☑してください。住所記入は不要です。  　　　（電話番号　　　　　　　　　） | | |
| 〈同意事項、誓約事項〉次の内容を確認の上、チェック☑してください。  □支援事業の利用決定にあたり、いわき市が住民登録や他制度の利用状況につい  て、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。  □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。 | | | |
| 〈公的制度および生活保護受給状況〉該当する方にチェック☑してください。  小児慢性特定疾病医療給付制度　　　□有　　　□無  生活保護の受給状況　　　　　　　　□有　　　□無 | | | |
| 〈助成金の請求及び受領に係る委任〉委任する場合、チェック☑してください。  □甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1項の規定に  かかわらず、乙にいわき市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる助成金の請求  及び受領に関する権限を委任します。 | | | |
| 受任者  （乙） | 上記委任の件について、承諾しました。 | | |
| 氏名 | | |
| 住所  （電話番号　　　　　　　　　　　　） | | |

* 受任者（乙）が事業者となる場合には、氏名欄に事業者名及び代表者職氏名を記載し、代表者印の押印をお願いします。

様式第１号（第５条関係）裏面

申請日時点において、利用したいサービスにチェック☑してください。後で変更もできます。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス  内容 | □訪問介護  身体介護に関すること  □身体の清潔の保持等の援助　□その他必要な身体の介護  生活援助に関すること  □調理　□生活必需品の買い物　□衣類の洗濯、補修  □住居等の清掃、整理整頓　□その他必要な家事  通院等乗降介助に関すること  □通院、交通や公共機関の利用等の援助　□その他  □訪問入浴介護  □福祉用具貸与・購入（下記の内訳にもチェック☑してください。） |
| 利用予定  事業所 | 訪問介護  訪問入浴介護  福祉用具貸与  福祉用具購入 |

福祉用具貸与・購入の内訳（該当するものにチェック☑してください。）

□車いす（付属品を含む。） □特殊寝台（付属品を含む。）

□床ずれ防止用具 □体位変換器（起き上がり補助装置を含む。）

□手すり

□スロープ

□歩行器 □歩行補助つえ

□移動用リフト（つり具の部分を除き、階段移動用リフトを含む。）

□自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）

□腰掛便座 □入浴補助用具

□自動排泄処理装置の交換可能部品

□簡易浴槽 □移動用リフトのつり具の部分