

調布市長 宛

(申請者)

〒

住 所 \_\_\_\_\_

フリ ガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

調布市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

調布市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。

また、支援事業の利用決定に当たり、調布市が必要に応じて住民登録，他制度の利用状況，利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

交付決定がされた場合に支払われる助成金に係る請求及び受領の権限は、当該助成金に係るサービスを提供した事業者等に委任します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
利用者 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			年齢	歳
住所	〒 調布市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ( )				
生活保護費受給の有無	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		
公的制度等利用状況	(1) 障害者手帳 有 ( ) 級 ・ 無		(2) 小児慢性特定疾病医療費助成 有 ・ 無		
	本制度で利用する予定のサービスは、上記(1)(2)及び他の公的な制度において助成または給付を受けません。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※他の制度において同等の助成または給付を受けることができる場合は、本制度は利用できません。				

※ 意見書(第2号様式)を添付してください。

※ 他の公的な制度を利用している場合は、本事業を利用できません。

(裏面)

現時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

区分	サービスの内容
居宅サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 居宅療養管理指導 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 5. 夜間対応型訪問介護 6. その他 ( )
福祉用具の貸与	1. 手すり (工事を伴わないもの) 2. スロープ (工事を伴わないもの) 3. 歩行器 4. 歩行補助つえ 5. 車椅子 6. 車椅子付属品 7. 特殊寝台 8. 特殊寝台付属品 9. 床ずれ防止用具 10. 体位変換器 11. 徘徊感知機器 12. 移動用リフト (つり具の部分を除く) 13. 自動排せつ処理装置 14. その他 ( )
福祉用具の購入	1. 腰掛便座 2. 自動排せつ処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. その他 ( )

利用開始 (予定) 日	年	月	日
-------------	---	---	---

利用予定の事業所があれば記載してください。

区分	利用予定の事業所名称
居宅サービス	
福祉用具の貸与・購入	