

沼田市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

沼田市長 様

申請者 住 所

氏 名



(利用者との続柄 )

(電話番号 )

沼田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。

利用決定等に当たり、沼田市が住民登録又は他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧すること、医療機関及び事業所へ照会することについて同意します。

|  |               |           |  |       |     |   |
|--|---------------|-----------|--|-------|-----|---|
| 利<br>用<br>者  | ふりがな          |           | 生年月日   | 年 月 日 | 年 齢 | 歳 |
|  | 氏 名           |           |  |       |     |   |
|  | 住 所           | 〒 TEL ( ) |  |       |     |   |
| 利用開始<br>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<br>場合は、初回面談日を利用開始日とする。 〕 |       |     |   |
| 公的制度<br>受給状況   | 障害者手帳         | 有 ・ 無     | 該当する方に○印を付<br>けてください。                                    |       |     |   |
|  | 小児慢性特定疾病医療費助成 | 有 ・ 無     |  |       |     |   |
| ≪誓約事項≫ 次の内容を確認の上、チェック☑してください。<br><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。<br><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 (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)<br>・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<br>・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<br>・移動用リフトのつり具の部分 ・入浴補助用具  |                      |      |         |

