様式第１号（第４条関係）

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | 年齢 | 歳 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒  TEL　　　　（　　　） | | | | | |
| 利用開始  予 定 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。  　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 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　　　有　・　無 | | | 該当する方に○印を付けてください。 | | |
| ≪誓約事項≫　次の内容を確認の上、チェック☑してください。  　□　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。  　□　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）  ・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 |