

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	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場合は、初回面談日を利用開始日とする。 〕				
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。
<p>《誓約事項》 次の内容を確認の上、チェック☑してください。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>							

\*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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>		
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰掛便座    ・簡易浴槽    ・自動排泄処理装置の交換可能部品</li> <li>・移動用リフトのつり具の部分    ・入浴補助用具</li> </ul>		