

所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先)所沢市長

(申請者)住 所
氏 名
(利用者との続柄)
電話番号

所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	フリガナ			生 年 月 日		年齢
	氏 名	申請者と同じ		年 月 日		
	住 所	申請者と同じ 〒 -	電話番号	申請者と同じ		
主 治 医	医療機関名			所在地		
	医 師 名			電話番号		
利用開始(予定)日	年 月 日					
サ ー ビ ス 内 容 希 望 す る サ ー ビ ス 内 容 の に チ ェ ッ ク を 入 れ て く だ さ い。	<input type="checkbox"/> 訪問介護事業所名 []		<input type="checkbox"/> 食事、排泄、入浴等に関する身体介護 <input type="checkbox"/> 掃除、洗濯、買い物、調理等に関する生活の支援 <input type="checkbox"/> 通院時の乗車・降車等介助			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護事業所名 []					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与事業所名 []		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いすの付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台の付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具部分除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 徘徊感知機器			
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具の購入事業所名 []		<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分			
公的制度受給状況	生活保護	有・無	障害者手帳	有・無	小児慢性特定疾病医療費助成	有・無

同意・確認欄（以下の項目を確認し、 にチェックを入れてください。）

当該助成金交付の審査に当たり、市が、住民基本台帳、市税等の納税状況について確認することに同意します。

当該助成金交付の審査に当たり、必要があるときには、市が、医師の意見を求めることに同意します。

当該助成金交付の審査に当たり、必要があるときには、市が、サービス事業者に対し内容を確認することに同意します。

過去に他の制度において同等の補助又は給付は受けていません。また、必要があるときには、市が、他の制度による補助又は給付を受けているかについて関係機関に確認することに同意します。