

様式第 2 号（第 6 条関係）

朝霞市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）朝霞市長

届出者 住所

氏名（続柄）

電話番号

朝霞市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。なお、審査にあたり、朝霞市が利用者の住民基本台帳の情報を確認することや、必要に応じて関係機関に照会することに同意します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒 電話 ()		
主治医		医療機関名 電話 () 主治医氏名		
公的制度等		小児慢性特定疾病医療費給付制度 (有 ・ 無) 障害者手帳の交付 (有 ・ 無) 生活保護の受給 (有 ・ 無) 他の制度における助成又は給付の受給 (有 ・ 無)		
サービス等の 利用開始希望日		年 月 日		

【権限の委任】

私は朝霞市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業にかかる一切の権限を次の者に委任します。

受任者	氏名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話 ()		利用者との続柄

上記の委任について、承諾しました。

受任者（自署）

（裏面もご記入ください。）

(裏)

利用予定サービス等 (利用を予定しているサービス等に○印をつけてください)	利用予定金額
1 訪問介護 (1) 身体介護に関すること (2) 生活援助に関すること (3) 通院等に係る乗降の介助に関すること 2 訪問入浴介護 3 福祉用具の貸与 (1) 車いす (2) 車いす付属品 (3) 特殊寝台 (4) 特殊寝台付属品 (介護用ベルト含む) (5) 床ずれ防止用具 (6) 体位変換器 (7) 手すり (工事を伴わないものに限る。) (8) スロープ (工事を伴わないものに限る。) (9) 歩行器 (10) 歩行補助つえ (11) 移動用リフト (つり具の部分を除く。) (12) 自動排せつ処理装置	1 月あたり _____ 円 【補助額】 利用料の 10 分の 9 に相当する額 (上限 7 万 2 千円 / 月)
4 特定福祉用具の購入 (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	_____ 円 (1 人 1 回限り) 【補助額】 購入費用に 10 分の 9 に相当する額 (上限 9 万円)

利用予定の事業所を記載してください。

区分	利用予定の事業所名称
1 訪問介護	
2 訪問入浴介護	
3 福祉用具の貸与	
4 特定福祉用具の購入	

医師の意見書の作成にかかる文書料 (実際にかかった費用を記載してください。)

_____ 円 (1 人 1 回限り) 【補助額】 文書料の 10 分の 10 に相当する額 (上限 5 千円)
