様式第1号(第5条関係)

(表)

秩父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

秩父市長 あて

申請者

住 所

氏 名

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

秩父市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業を利用したいので、秩父市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

1　利用者に関する事項等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年  月日 | 年 月 日  （ ）歳 |
| 利用者氏名 |  |
| 住 所 | 電話番号 | | |
| 主 治 医 | 医療機関名  医師名  電話番号 | | |
| □　利用者の身体状況等について、市が医師の意見を求めることに同意します。 | | | |
| □　秩父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決定に当たり、利用者の住所、年齢等について、住民基本台帳により市が確認することに同意します。 | | | |
| □　利用者の市税の納付状況について、市が確認することに同意します。 | | | |
| 生活保護の受給 □無 □有  【有の場合】□秩父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決定に当たり、生活保護の受給状況を市が確認することに同意します。 | | | |

2　添付書類

(1) 秩父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意見書(様式第2号)

(2) 委任状(支援事業の利用申請並びに補助金の交付申請、交付請求及び受領について委任により行う場合に限る。)(別紙)

（裏）

3　利用を予定している居宅サービス等について（該当するものに✓を記載してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅サービスの内容 | ☐　1　訪問介護  ☐　(1) 身体介護に関すること。  □　ア　身体の清潔の保持等の援助  ☐　イ　その他必要な身体の介護    ☐　(2) 生活援助に関すること。  ☐　ア　調理  ☐　イ　生活必需品の買物  ☐　ウ　衣類の洗濯及び補修  ☐　エ　住居等の清掃及び整理整頓  ☐　オ　その他必要な家事  ☐　(3) 通院等に係る乗降の介助に関すること。  ☐　ア　通院、公共機関の利用等の援助  ☐　イ　その他必要な介助    ☐　2　訪問入浴介護    ☐　3　福祉用具の貸与  ☐　(1) 車椅子及び車椅子の附属品  ☐　(2) 特殊寝台及び特殊寝台の附属品（介護用ベルトを含む。）  ☐　(3) 床ずれ防止用具  ☐　(4) 体位変換器  ☐　(5) 手すり(工事を伴わないものに限る。)  ☐　(6) スロープ(工事を伴わないものに限る。)  ☐　(7) 歩行器  ☐　(8) 歩行補助つえ  ☐　(9) 移動用リフト(つり具の部分を除く。)  ☐　(10) 自動排泄処理装置  ☐　４　特定福祉用具の購入  ☐　(1) 腰掛便座  ☐　(2) 自動排泄処理装置の交換可能部分  ☐　(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 |

別紙

委　　　任　　　状

　　 私は、　住　　所

　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を

　秩父市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第５条に規定する利用申請書の提出に係る事務及び同要綱第８条第１項に規定する申請書兼請求書の提出に係る事務の代理人と定め、秩父市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金の交付の請求及び受領に関する権限を委任します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　氏　　名

以　　　上