様式第１号（第４条関係）

昭和村若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

　　年　　月　　日

昭和村長　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（利用者との続柄　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

　昭和村若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 | 　 |
| 年　齢 | 　　　　歳　 |
| 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　 |
| 生活保護受　給 | 有　・　無 | 該当する方に○印を付けてください。 |
| 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 |
| ≪誓約事項≫　次の内容を確認の上、チェック☑してください。　□　私は、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。　□　私は、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。 |

＊　医師意見書（様式~~例~~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 |
|  | ・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　　・歩行補助杖　・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 |
|  | ・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　　 |