

利府町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

利府町長 宛

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄：)

(電 話 番 号：)

下記のとおり、利府町若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、利府町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 5 条の規定により、申請します。

記

ふりがな			生年月日	年 月 日
利用者氏名			年 齢	歳
利用者住所	☐ 申請者と同じ 〒 電話番号			
主治医情報	医療機関名： 電話番号 医 師 名：			
利用開始予定日	年 月 日			
利用サービス及び サービス提供事業 所名	※利用予定のサービスに☑をしてください。 ☐ 訪問介護 (事業所名：) ☐ 訪問入浴介護 (事業所名：) ☐ 福祉用具貸与 (事業所名：) ☐ 福祉用具購入 (事業所名：) ☐ 居宅介護支援 (事業所名：)			
公的制度 利用状況	・障害者手帳 【 無 ・有 】 ・小児慢性特定疾病医療費助成 【 無 ・有 】 ・生活保護 【 無 ・有 】		該当するものに○を 付けてください。	
委 任	サービス利用終了後の助成請求等について、申請者（利用者）本人が請求等できない 場合の委任代理人の選定			
	代理人氏名：		本人との続柄：	
【誓約事項】 次の内容を確認の上、☑してください。 ☐ 本事業の担当者が、利用に係る審査のため、住民基本台帳の記載事項、利用者の公的制度利用状況、治療内容、サービス利用内容に関して関係機関に照会することに同意します。 ☐ 利用者は、利用予定のサービスに係る助成について、他の公的制度を用いることができない者であることを誓約します。				