

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

西条市長

殿

西条市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

西条市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、西条市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、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		対象者 との続柄		
	氏 名			電 話	()
	住 所	〒 ー			
対象者	支援事業の利用決定等に当たり、西条市が住民登録又は他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。				
	フリガナ		印	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	氏 名				
	住 所	☐ 申請者と同じ。 〒 ー 西条市			
利用開始予定日		年 月 日			
サービス内容（申請日時点で利用したいサービスにチェック ☒ をしてください。）					
☐ 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					
☐ 福祉用具貸与					
☐ 車椅子 ☐ 手すり（工事を伴わないもの） ☐ 車椅子付属品（電動補助装置等） ☐ スロープ（工事を伴わないもの） ☐ 特殊寝台 ☐ 歩行器 ☐ 特殊寝台付属品（サイドレール等） ☐ 歩行補助つえ ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 移動用リフト（つり具を除く。） ☐ 体位変換器 ☐ 自動排泄処理装置					
☐ 特定福祉用具販売					
☐ 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					
生活保護の受給（○を付けてください。）				有 ・ 無	
≪ 誓約事項 ≫ 以下の項目について確認の上、□にチェック ☒ をしてください。 ☐ 対象者は、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。 ☐ 支援事業の実施状況に関し求められたときは、報告し、及び調査に協力します。 ☐ 審査に当たり必要があるときは、医師の意見を求めることに同意します。					
その他特記事項					

* 意見書（様式第 2 号）を添付してください。