

様式第1号（第4条関係）

四国中央市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

四国中央市長 様

申請者 住所  
氏名  
(利用者との続柄 )  
電話番号

事業を利用したいので、四国中央市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第4条の規定により申請します。

事業の利用決定に当たり、市が関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 〒 四国中央市		
利用開始予定日	年 月 日			
サービス	申請時点において利用したいサービスにレ印を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品			
生活保護の受給（○印を記入してください。）			有 ・ 無	

備考 意見書（様式第2号）を添付してください。