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 | □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。 |
| □　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 |
|  | □車いす　　　　　　□手すり（工事を伴わないもの）□車いす付属品　　　□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　　□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□入浴補助用具　　　□移動用リフトのつり具の部分□自動排泄処理装置の交換可能部品 |
| 生活保護の受給（〇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。