

若年末期がん患者療養支援事業利用申請書

年 月 日

大崎町長 様

申請者
住 所
氏 名 (印)
(電話番号)

下記のとおり、若年末期がん患者療養支援事業を利用したいので、申請します。

記

ふりがな					
利用者氏名	生年月日	年 月 日			
	年 齡	歳	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 TEL ()				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考 (連絡先等)	
主 治 医	病院名	電話番号			
	医師名				
利用開始予定日	年 月 日				
認定書類	医師の意見書等に係る経費 【有 (円) ・ 無】				
サービス内容	<p><u>*該当するサービス内容に○印をつけて下さい</u></p> <p>■身体介護に関すること</p> <p>1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体の介護</p> <p>■生活援助に関すること</p> <p>1 調理 2 生活必需品の買い物 3 衣類の洗濯、補修</p> <p>4 住居等の清掃、整理整頓 5 その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること</p> <p>1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他 ()</p> <p>■訪問入浴介護</p> <p>■福祉用具貸与 ()</p> <p>■福祉用具購入 ()</p>				
事業所名	訪問介護 (), 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与 ・ 購入 ()				
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)				

* 「末期がん」であることが確認できる医師の意見書（第2号様式）等を添付してください。