

様式第2号（第5条関係）

三芳町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業利用申請書

令和 ○年 ○月 ○日

（あて先）三芳町長

原則、利用者又は受任者の方が申請してください。

申請者 住所 **三芳町藤久保△△△**

氏名 **三芳 太郎**

（利用者との続柄：**本人**）

平日の日中連絡のつきやすい番号をご記入ください。

電話番号 **090-0000-0000**

三芳町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業の利用について、下記のとおり申請します。なお、三芳町が利用者の住所・年齢等について、住民基本台帳を確認することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

利用者 (甲)	ふりがな	みよし たろう		生年月日	平成○年 ○月 ○日 (○○ 歳)
	氏名	三芳 太郎			
住所	〒 354-△△△△ 三芳町藤久保△△△		電話 090 (0000) 0000		
主治医	医療機関名	□□病院		電話 049 (×××) □□□□	
	主治医氏名	■ ■ ■ ■			
その他	小児慢性特定疾病医療費の受給		(有 ・ 無)		
	他の制度における助成または給付の受給		(有 ・ 無)		
甲は、民法第653条第1項の規定に関わらず、乙に若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業にかかる一切の権限を委任します。					
受任者 (乙)	氏名（自署）	三芳 花子		生年月日	昭和○○年○月○日
	住所	〒 354-△△△△ 三芳町藤久保△△△		電話	049 (000) ××××
					利用者との続柄 母

（裏面をご記入ください。）

平日の日中連絡のつきやすい番号をご記入ください。

(裏)

利用予定サービス等	<p>※利用を予定しているサービス等に○印をつけてください。(申請時点)</p> <p>1 訪問介護</p> <ul style="list-style-type: none">(1) 身体介護(2) 生活援助(3) 通院等乗降介助 <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与</p> <ul style="list-style-type: none">(1) 車いす(2) 車いす付属品(3) 特殊寝台(4) 特殊寝台付属品(5) 床ずれ防止用具(6) 体位変換器(7) 手すり(8) スロープ(9) 歩行器(10) 歩行補助つえ(11) 移動用リフト (つり具の部分を除く。)(12) 自動排泄処理装置 <p>4 福祉用具購入</p> <ul style="list-style-type: none">(1) 腰掛便座(2) 自動排泄処理装置の交換可能部品(3) 入浴補助用具(4) 簡易浴槽(5) 移動用リフトのつり具の部分
-----------	---