

## 記入例

（表）

## 若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援助成金交付事業利用申請書

○年 ×月 △日

久喜市長 あて

申請者

住所 久喜市本町○-△-×

氏名 久喜 太郎

（利用者との続柄 本人 ）

（電話番号 \*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\* ）

久喜市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援助成金交付事業を利用したいので、久喜市若年がん患者ターミナル在宅療養生活支援助成金交付事業実施要綱第5条第1項の規定により下記のとおり申請します。

## 1 利用者に関する事項等

ふりがな	くき たろう	生年	○○年 ××月 △△日
利用者氏名	久喜 太郎	月日	(○○) 歳
住所	久喜市本町○-△-×		
	電話番号 *** (****) ****		
主治医	医療機関名 ○○病院 医師名 △△ ○○ 電話番号 **** (**) ****		
<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の身体状況等について、市が医師の意見を求めることに同意します。			
<input checked="" type="checkbox"/> 若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援助成金交付事業の利用決定に当たり、利用者の住所、年齢等について、住民基本台帳により市が確認することに同意します。			
<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の市税の納付状況について、市が確認することに同意します。			
生活保護の受給 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
【有の場合】 <input type="checkbox"/> 若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援助成金交付事業の利用決定に当たり、生活保護の受給状況を市が確認することに同意します。			

## 2 添付書類

- 若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援助成金交付事業利用意見書
- 委任状（事業の利用申請並びに助成金の交付申請、交付請求及び受領について委任により行う場合に限る。）（別紙）

(裏)

3 利用を予定している居宅サービス等について（該当するものに✓を記載してください。）

居宅サービスの内容	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1 訪問介護<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> (1) 身体介護に関すること<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ア 身体の清潔の保持等の援助</li><li><input checked="" type="checkbox"/> イ その他必要な身体の介護</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> (2) 生活援助に関すること<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> ア 調理</li><li><input type="checkbox"/> イ 生活必需品の買い物</li><li><input type="checkbox"/> ウ 衣類の洗濯、補修</li><li><input type="checkbox"/> エ 住居等の清掃、整理整頓</li><li><input type="checkbox"/> オ その他必要な家事</li></ul></li><li><input checked="" type="checkbox"/> (3) 通院等に係る乗降の介助に関すること<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> ア 通院、交通や公共機関の利用等の援助</li><li><input type="checkbox"/> イ その他</li></ul></li></ul></li><li><input type="checkbox"/> 2 訪問入浴介護</li><li><input type="checkbox"/> 3 福祉用具の貸与<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> (1) 車いす及び車いすの附属品</li><li><input type="checkbox"/> (2) 特殊寝台及び特殊寝台の附属品（介護用ベルトを含む。）</li><li><input type="checkbox"/> (3) 床ずれ防止用具</li><li><input type="checkbox"/> (4) 体位変換器</li><li><input type="checkbox"/> (5) 手すり（工事を伴わないものに限る。）</li><li><input type="checkbox"/> (6) スロープ（工事を伴わないものに限る。）</li><li><input checked="" type="checkbox"/> (7) 歩行器</li><li><input checked="" type="checkbox"/> (8) 歩行補助つえ</li><li><input type="checkbox"/> (9) 移動用リフト（つり具の部分を除く。）</li><li><input type="checkbox"/> (10) 自動排泄処理装置</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> 4 特定福祉用具の購入<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> (1) 腰掛便座</li><li><input type="checkbox"/> (2) 自動排泄処理装置の交換可能部分</li><li><input type="checkbox"/> (3) 入浴補助用具</li><li><input type="checkbox"/> (4) 簡易浴槽</li><li><input type="checkbox"/> (5) 移動用リフトのつり具の部分</li></ul></li></ul>
-----------	---