

戸田市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

年 月 日

（宛先）戸田市長

申請者 住所
氏名

（利用者との続柄 ）
（電話番号 ）

戸田市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。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者 氏名 (甲)	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	年 齢	歳
		性 別	男 ・ 女
住所	〒 TEL ()		
主治医	医療機関名 TEL () 主治医氏名		
生活保護 の受給	有 ・ 無		
	<有の場合>受給資格審査のため、戸田市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
18歳以上 20歳未満 の方	戸田市若年がん患者ターミナルケアに係る在宅療養生活支援補助金交付要綱の第3条（2）における小児慢性特定疾病医療給付制度の認定状況について確認することを <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、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	生年 月日	年 月 日
	住所〒 TEL ()	利用者との続柄	

上記委任の件について、承諾しました。

受任者（自署）

(裏面もご記入ください)

(裏面)

利用予定サービス等	※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) 1 訪問介護 (1) 身体介護 (2) 生活援助 (3) 通院等乗降介護 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 (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) 体位変換機 (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 4 福祉用具購入 (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
利用予定金額	訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与 _____円/月 (上限8万円/月) 福祉用具購入 _____円 (上限10万円)