

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

吉岡町長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

吉岡町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

吉岡町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。なお、審査のため、私及び私の属する世帯の世帯員の住民基本台帳及び他の制度の利用状況について、吉岡町職員が調査及び関係機関に照会することについて同意します。

利用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	〒 TEL ()		
利用開始予定日	年 月 日	介護支援専門員による事業所の紹介、調整等のサービスを利用する場合は、初回面談日を利用開始予定日とする。		
生活保護の受給	有 ・ 無			該当する方に○印を付けてください。
公的制度受給状況	障害者手帳 小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無 有 ・ 無		
《誓約事項》 次の内容を確認の上、チェック☑してください。 ☐ 利用者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。 ☐ 利用者は、入院期間中、本事業のサービスを利用しないことを誓約します。				

備考 吉岡町若年がん患者在宅療養支援事業意見書（様式第 2 号）を添付してください。
【利用可能サービス一覧】

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
介護支援専門員による事業所の紹介・調整等
福祉用具貸与(0歳から19歳までの小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外)
・手すり（工事を伴わないもの） ・スロープ（工事を伴わないもの） ・車いす ・車いす付属品 ・歩行器 ・歩行補助つえ ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器
福祉用具購入(0歳から19歳までの小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外)
・腰掛便座 ・簡易浴槽 ・自動排泄処理装置の交換可能部品 ・移動用リフトのつり具の部分 ・入浴補助用具