（表面）

様式第１号（第６条関係）

　年　　月　　日

坂出市長　様

申請者　住　所

氏　名

（対象者との続柄　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

坂出市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

　坂出市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので，坂出市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第６条の規定により，次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日（年齢） | 　年　　　月　　　日（　　　　　歳） |
| 対象者氏名 |  |
| 対象者住所 | 〒電話番号　　　　（　　　） |
| * 支援事業の利用決定等に当たり，坂出市が住民登録または他の制度の利用状況について，関係機関に照会し，必要な資料を閲覧することに同意します。
 |
| 主治医 | 病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）医師名 |
| 利用開始予定日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| サービス内容 | ☐ 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  |
| ☐ 福祉用具貸与  |
|   | ☐ 車椅子 　　　　　　　　　　　　　☐ 手すり（工事を伴わないもの） ☐ 車椅子付属品（電動補助装置等） 　☐ スロープ（工事を伴わないもの） ☐ 特殊寝台 　　　　　　　　　　　　☐ 歩行器 ☐ 特殊寝台付属品（サイドレール等） ☐ 歩行補助つえ ☐ 床ずれ防止用具 　　　　　☐ 移動用リフト（つり具を除く。） ☐ 体位変換器　　　　　　　　　　　 ☐ 自動排泄処理装置  |
| ☐ 特定福祉用具販売  |
|   | ☐ 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  |
| 公的制度受給状況 | 障がい者手帳　（　有　・　無　）小児慢性特定疾病医療費助成　（　有　・　無　）生活保護の受給　（　有　・　無　） |

※　医師の意見書（様式第２号）を添付してください。

※　必要があるときは，医師に問合せする場合がありますので，ご了承ください。

（裏面）

※ 支援事業を利用しようとする者以外の者が申請する場合は，下記の欄に記載願います。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

委　任　状

坂出市長　様

（代理人）　住　所

 氏　名

私は，上記の者を代理人と定め，坂出市若年がん患者在宅療養支援事業の申請に関する一切

の権限を委任します。

年　　月　　日

（委任者）　住　所

 氏　名