

(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 月 日
対象者氏名		(年齢)	( 歳)
対象者住所	〒 電話番号 ( )		
<input type="checkbox"/> 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 医師名	電話番号 ( )	
利用開始予定日	年 月 日		
サービス内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		
	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 手すり (工事を伴わないもの)	
	<input type="checkbox"/> 車椅子付属品 (電動補助装置等)	<input type="checkbox"/> スロープ (工事を伴わないもの)	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 歩行器	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (サイドレール等)	<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具を除く。)	
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売		
	<input type="checkbox"/> 腰掛便座	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽	
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品	<input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分	
	<input type="checkbox"/> 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