第１号様式（第２条関係）

郡山市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年　　月　　日

　郡山市長

申請者　住所

氏名

（電話番号　　　　　　　　　　　　）

　郡山市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

　なお、この申請書及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

　また、郡山市若年がん患者在宅療養支援事業の利用申請のため、住民登録情報及び他制度の利用状況について、郡山市が関係機関に照会することに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 利用者氏名 |  |
| 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　） | | |
| 主治医 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　電話番号  医師名 | | |
| 利用開始予定日 | 年　　月　　日 | | |
| サービス  内容 | 利用したいサービスを選択してください。  １　訪問介護  　(1) 身体介護　□身体の清潔の保持等の援助　□その他必要な身体の介護  　(2) 生活援助　□調理　□生活必需品の買い物　□衣類の洗濯、補修  　　　　　　　　□住居等の清掃、整理整頓　□その他必要な家事  　(3) 通院等乗降介助　□通院、公共交通や公共機関の利用等の援助  　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　訪問入浴介護  ３　福祉用具貸与  ４　福祉用具購入 | | |
| 利用予定  事業所 | 訪問介護　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  訪問入浴介護（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 公的制度等  受給状況 | 小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による補助（　有 ・ 無　）  身体障害者手帳所持の有無（　有 ・ 無　）　※有の場合（　　種　　級）  生活保護受給の有無（　有 ・ 無　） | | |

※　医師の意見書（第２号様式）を添付してください。