

様式第1号（第7条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

磐田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

在宅療養生活支援事業を利用したいので、磐田市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請にあたり磐田市が必要な公簿の閲覧又は磐田市から医療機関及び事業所への照会することについて同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名		年 齡	歳
住 所 電話番号			
家族構成	氏 名	続柄	生年月日
主治医	医療機関名		
	医師名	電話番号	
利用開始予定日	令和 年 月 日		
サービス内容	<p>該当するサービス内容に○印を付けてください。</p> <p>■身体介護に関すること 1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護</p> <p>■生活援助に関する事こと 1 調理 2 生活必需品の買物 3 衣類の洗濯又は補修 4 住居等の清掃及び整理整頓 5 その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること 1 通院、公共交通機関の利用等の援助 2 その他()</p> <p>■訪問入浴介護 ■福祉用具貸与() ■福祉用具購入()</p>		
事業所名	訪問介護() 訪問入浴介護() 福祉用具貸与・購入()		
公的制度受給状況	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)		