

## 新居浜市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

令和3年6月10日

(宛先) 新居浜市長

申請者 住 所 新居浜市庄内町4-7-17

氏 名 新居浜 太郎

(利用者との続柄 本人 )

(電話番号 0897-35-1070 )

新居浜市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

利用者	ふりがな	にい はま たろう	生年月日	昭和60年4月2日
	氏名	新居浜 太郎	年齢	36 歳
	住所	〒792-0811 新居浜市庄内町4-7-17 TEL 0897 ( 35 ) 1070		
利用開始 予定日	令和3年7月1日 ※この日が有効期間の始期になります			
サービス 内 容	申請時点において利用したいサービスにチェック☑をしてください。			
	<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 checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与				
<input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの）				
<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品				
<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品				
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器				
<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ				
<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置				
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入				
<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				
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	有 ・ 無		
	小児慢性特定疾病医療費助成	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。				
<input checked="" type="checkbox"/> 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。				

\* 医師の意見書（第2号様式）を添付してください。