

様式第1号（第7条関係）

掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号  
利用者との関係

下記のとおり、掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業を利用したいので申請します。

記

ふりがな				生年月日	年 月 日
利用者氏名				年 齢	歳
住 所					
家 族 構 成	氏 名	続 柄	生年月日	備考（連絡先等）	
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	<p><u>該当するサービス内容にレ印をつけてください。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 身体介護に関すること  <input type="checkbox"/> 身体の清潔の保持等の援助      <input type="checkbox"/> その他必要な身体介護</p> <p><input type="checkbox"/> 生活の援助に関すること  <input type="checkbox"/> 調理      <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物      <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修  <input type="checkbox"/> 住居等の清掃、整理整頓      <input type="checkbox"/> その他必要な家事</p> <p><input type="checkbox"/> 通院等乗降介助に関すること  <input type="checkbox"/> 通院、交通や公共機関の利用等の援助      <input type="checkbox"/> その他（      ）</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護  <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（注1）（      ）  <input type="checkbox"/> 福祉用具購入（注1）（      ）</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	掛川市小児慢性特定疾患児等日常生活用具費助成（有・無）				

（注）

- 20歳未満であり、掛川市小児慢性特定疾患児等日常生活用具費助成事業による日常生活用具の給付を受けている方は対象外です。
- 掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書（様式第2号）を添付してください。