

様式第 1 号（表面）（第 6 条関係）

年 月 日

伊根町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

伊根町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

伊根町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、伊根町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第 6 条の規定により必要書類を添えて申請します。

- ・この事業に関し必要な住民基本台帳に記録された情報や生活保護制度等の状況について、伊根町が閲覧・照会することに同意します。・医師に治療内容を照会することに、同意します。
- ・対象サービスを提供する事業者に内容を照会することに、同意します。
- ・申請に係る対象経費は、国又は他の地方公共団体から助成等を受けていません。
- ・申請に当たっては、伊根町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱の内容を遵守します。

対象者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
民法第 643 条に基づき申請行為及び請求・受領行為の代理として受任者を設定する場合は、以下の項目を記入してください。受任者を設定することで、申請行為及び請求・受領行為の手続は受任者が代理として行うことになります。 また民法第 653 号第 1 号の規定に関わらず、受任者は伊根町若年がん患者在宅療養支援事業に係る一切の手続が委任されます。				
受任者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
	対象者との関係 父・母・配偶者・その他（ ）			
上記委任の件について、承諾しました 受任者（自署）				

様式第1号（裏面）（第6条関係）

申請時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

利用予定の サービス内容	該当するサービス内容に○印をつけてください。 1 訪問介護 （１）身体介護に関すること （２）生活援助に関すること （３）通院等乗降介助に関すること 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 （下記ア～スで該当するものに○をつけてください） 4 特定福祉用具購入 （下記タ～ナで該当するものに○をつけてください）
利用予定の 事業所	上記サービスの利用を予定している事業所名を記入してください。 1 訪問介護（ ） 2 訪問入浴介護（ ） 3 福祉用具貸与（ ） 4 特定福祉用具購入（ ）
利用開始日 （予定）	年 月 日

福祉用具貸与

- ア 手すり（工事を伴わないもの）
- イ スロープ（工事を伴わないもの）
- ウ 車いす
- エ 車いす付属品
- オ 歩行器
- カ 歩行補助つえ
- キ 特殊寝台
- ク 特殊寝台付属品
- ケ 床ずれ防止用具
- コ 体位変換器
- サ 移動用リフト
- シ 自動排泄処理装置
- ス その他（ ）

特定福祉用具購入

- タ 腰掛便座
- チ 簡易浴槽
- ツ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- テ 移動用リフトのつり具部分
- ト 入浴補助用具
- ナ その他（ ）