

様式第1号（第5条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

大河原町長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄：)
(電 話 番 号：)

下記のとおり、大河原町若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので申請します。

記

ふりがな			
利用者氏名	生年月日	年	月 日
	年 齡	歳	
利用者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 電話番号		
主治医情報	医療機関名： 電話番号 医 師 名：		
利用開始予定日	年 月 日		
利用サービス及びサービス提供事業所名	※利用予定のサービスに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (事業所名：) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (事業所名：) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (事業所名：) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 (事業所名：) <input type="checkbox"/> 介護計画の作成 (事業所名：)		
公的制度利用状況	・障害者手帳 【 無 ・有 】 ・小児慢性特定疾病医療費助成 【 無 ・有 】 ・生活保護 【 無 ・有 】	該当する方に○を付けてください。	
委 任	サービス利用終了後の助成請求等について、申請者（利用者）本人が請求等できない場合の委任代理人の選定		
	代理人氏名：	本人との続柄：	
【誓約事項】 次の内容を確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 本事業の担当者が、利用に係る審査のため、住民基本台帳の記載事項、利用者の公的制度利用状況、治療内容、サービス利用内容に関して関係機関に照会することに同意します。 <input type="checkbox"/> 利用者は、利用予定のサービスに係る助成について、他の公的制度を用いることができない者であることを誓約します。			