

別記

第 1 号様式 (第 4 条関係)

## 鹿屋市若年がん在宅ターミナルケア支援助成事業利用申請書

年 月 日

鹿屋市長

様

申請者 住 所

氏 名

印

(電話番号

)

下記のとおり、鹿屋市若年がん在宅ターミナルケア支援助成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	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号 ( )					
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					
認定書類	医師の意見書に係る費用 【有 ( 円 ) ・ 無】					
サ ー ビ ス 内 容	<p><u>*該当するサービス内容に○印をつけてください。</u></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 その他必要な身体の介護</p> <p>■生活援助に関すること 1 調理   2 生活必需品の買い物   3 衣類の洗濯、補修 4 住居等の清掃、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	障害者手帳 (有・無)			小児慢性特定疾病医療費助成 (有・無)		

注 医師の意見書 (別記第 2 号様式) を添付してください。