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

（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

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>利用者氏名</td><td></td><td>年　　齢</td><td>歳</td><td>性　　別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="6">〒

電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">家族構成</td><td colspan="2">氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td colspan="2">備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="6">病院名　　電話番号　　（　　）
医師名</td></tr>
<tr><td>利用開始予定日</td><td colspan="6">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>認定書類</td><td colspan="6">医師の意見書に係る費用　　【有（　　円）・無】</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="6">＊該当するサービス内容に○印をつけてください。
■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
■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
■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（　　）
■訪問入浴介護
■福祉用具貸与（　　）
■福祉用具購入（　　）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="6">訪問介護（　　）、訪問入浴介護（　　）
福祉用具貸与・購入（　　）</td></tr>
<tr><td>公的制度受給状況</td><td colspan="6">障害者手帳　（有・無）　小児慢性特定疾病医療費助成　（有・無）</td></tr>
</table>

注　医師の意見書（別記第２号様式）を添付してください。