

丹波市若年がん患者の在宅療養支援事業利用申請書

令和 年 月 日

丹波市長 林 時彦 様

関係書類を添えて丹波市若年がん患者の在宅療養支援事業の利用を申請します。なお、次のことに同意します。

☐ 丹波市から医療機関等へ治療内容やサービス内容を照会すること

*** 以下に同意いただいた場合は住民票等の証明できる書類が省略できます。**

☐ 丹波市が保有する個人情報を確認すること

ふりがな				生年月日	昭和・平成 年 月 日		
申請者氏名				年 齢	歳	性 別	男・女
住 所	〒669- 丹波市 TEL ()						
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	連絡先			
世帯の状況	☐ 被保護世帯（上記に同意いただけない場合、証明書を添付） ☐ 被保護世帯以外の世帯						
主 治 医	医療機関名 代表番号 医師名						
利用開始予定日	令和 年 月 日						
サービス 内容 (希望する 項目に○ と 貸与又は 購入の場合、 品名を記入)	1 訪問介護（ホームヘルプサービス） ① 身体介護（食事、入浴、清拭、排せつ、体位変換、移動、服薬等の介助） ② 生活援助（調理、洗濯、掃除、買い物等の介助） ③ 通院、外出介助 ④ 訪問入浴介護 *事業所名 () 2 福祉用具等の貸与 (品名：) *業者名 () 3 相談・助言 *事業所名 () 4 特殊福祉用具等の購入 (品名：) *業者名 ()						

◎ 「末期がん」であることが確認できる書類を添付してください。

..... 市記入欄

受付日		審査結果	☐ 承認 ☐ 不承認	決定日	
-----	--	------	--	-----	--