

江戸川区長 殿

(申請者)

〒

住 所 _____

フリ ガナ
氏 名 _____

電 話 _____

江戸川区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

江戸川区若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

また、支援事業の利用決定に当たり、江戸川区が必要に応じて住民登録、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

| | | | | | |
|--|--|------|----------------------------|----------------------------|-----|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 利用者 氏名(甲) | 印 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者と同じ場合でも押印が必要です。) | | 年齢 | 歳 | |
| 住所 | 〒 江戸川区 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL () | | | | |
| 生活保護費受給の有無 | | | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 障害者総合支援法による給付又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無 | | | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 居宅介護支援の実施 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | | | |
| | ※希望する場合のみ 利用予定の事業所： _____ | | | | |
| 甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に江戸川区若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。 | | | | | |
| 受任者 (乙) | 上記委任の件について、承諾しました。 | | | | |
| | 氏名 | 印 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 住所 | | | | |

- ※ 意見書（第3号様式）を添付してください。
- ※ 現に他の公的な制度を利用している場合は、本事業を利用できません。
- ※ 居宅介護支援の実施に当たり必要となる個人情報を実業者に提供します。

(裏面)

現時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

| 区分 | サービス等の内容 |
|-----------|---|
| 居宅サービス | 1. 訪問介護 (1)身体介護中心 (2)生活援助中心 (3)通院等乗降介助 2. 訪問入浴介護 3. 訪問リハビリテーション 4. 夜間対応型訪問介護 |
| 福祉用具の貸与 | 1. 手すり (工事を伴わないもの) 2. スロープ (工事を伴わないもの) 3. 歩行器 4. 歩行補助つえ 5. 車椅子 6. 車椅子付属品 7. 特殊寝台 8. 特殊寝台付属品 9. 床ずれ防止用具 10. 体位変換器 11. 徘徊感知機器 12. 移動用リフト (つり具の部分を除く。) 13. 自動排せつ処理装置 |
| 特定福祉用具の購入 | 1. 腰掛便座 2. 自動排せつ処理装置の交換可能部品 3. 排泄予測支援機器 4. 入浴補助用具 5. 簡易浴槽 6. 移動用リフトのつり具の部分 |

利用予定の事業所があれば記載してください。

| 区分 | 利用予定の事業所名称 |
|-----------|------------|
| 居宅サービス | |
| 福祉用具の貸与 | |
| 特定福祉用具の購入 | |

医師の意見書作成に要する経費は、本事業の補助対象となります。領収書は申請の際に必要となりますので、無くさないよう大切に保管してください。