様式第１号（第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

菊川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年　月　日

菊川市長　長谷川　寛彦　宛

申請者　住　　所
氏　　名
電話番号

下記のとおり、菊川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援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 rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用者
氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>年　齢</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒

電話番号</td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="3">病院名　　電話番号
医師名</td></tr>
<tr><td>利用開始予定日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>支援対象
事業内容</td><td colspan="3">＊該当する支援対象事業内容に○印をつけて下さい
■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、交通や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（※）（　　）
（※ 助成対象は、利用時の年齢が20歳から40歳未満の方です。ただし、利用時の年齢が０歳から20歳未満で、小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業の補助を受けていない方は、本事業の助成を受けることができます。）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="3">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="3">小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助　　（有・無）</td></tr>
</table>

＊　医師意見書（様式第２号）を添付してください。