様式第１号（第６条関係）

熊取町がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年　　月　　日

申請先

熊取町長

住所　熊取町

申請者

氏名

※申請者が利用者と異なる場合は、委任状添付のうえ下記にもご記入ください。

利用者との続柄（　　）
生年月日　　（　　）
電話番号　　（　　）

下記のとおり、熊取町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。

なお、申請内容について、必要に応じて熊取町が必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について閲覧・照会することに同意します。

また、下記関係者・関係機関を問い合わせ・確認することや主治医に治療内容を問い合わせ・確認することについて同意します。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">利用対象者</td><td colspan="2">ふりがな</td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">〒　　－
熊取町</td><td colspan="2">電話
（　　）</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>備考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="5">病院名　　医師名　　電話番号</td></tr>
<tr><td>サービス内容

※該当するサービス内容に✓または、〇印をつけてください</td><td colspan="5">☐ 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．通院　　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（　　）※工事は伴わないもの
☐ 福祉用具購入（　　）※工事は伴わないもの
☐ 居宅介護支援　　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="5">訪問介護（　　）　訪問入浴介護（　　）
福祉用具貸与（　　）　福祉用具購入（　　）
居宅介護支援（　　）　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>公的制度
給付状況</td><td colspan="5">障がい者手帳　【　無・有　（身体障がい者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）】
小児慢性特定疾患【　無・有（小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の利用（有・無））】
特定医療費（指定難病）の受給　【　無・有　】
自立支援医療（精神通院）の受給【　無・有　】
※他の制度において本事業と同等の助成または給付を受けることはできません。
生活保護の受給　【　無・有　】※受給資格を証明する書類を添付してください。</td></tr>
</table>

※<u>医師の意見書（様式第２号）</u>を添付してください。