

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

森町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

㊦

在宅療養生活支援事業を利用したいので、森町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請に当たり町が必要な公募の閲覧又は町から医療機関及び事業所への照会を行うことについて同意します。

ふりがな				生年月日	年 月 日
利用者氏名				年齢	
住 所	〒				
	電話番号				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考（連絡先）	
主 治 医	病院名 医師名 電話番号				
利用開始日	年 月 日				
サービス内容	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、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（ ）				
事業所名	訪問介護（ ） 訪問入浴介護（ ） 福祉用具貸与・購入（ ）				
公的制度受給状況	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 ）				