

三田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

三田市長 あて

申請者 住 所 三田市

氏 名

(本人との続柄)

(電話番号)

下記のとおり、三田市若年がん患者の在宅療養支援事業に係るサービスの利用を申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保管する個人情報を閲覧し、意見書を作成した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

ふりがな			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
利用者氏名			年 齢	歳	性 別 男 ・ 女
住 所	〒 TEL ()				
主 治 医	病院名 電話番号 医師名				
利用開始予定日	令和 年 月 日				
サービス内容	<u>※該当するサービスに☑、サービス内容の番号に○印をつけて下さい</u> ☐ 訪問介護 (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 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 ・その他 () ☐ 福祉用具貸与 1 車いす 2 車いす付属品 3 特殊寝台 4 特殊寝台付属品 5 床ずれ防止用具 6 体位変換器 7 手摺 8 スロープ 9 歩行器 10 歩行補助つえ 11 移動用リフト 12 自動排泄処理装置 13 その他 ()				
そ の 他	生活保護の受給 (有 ・ 無)				

※三田市若年がん患者の在宅療養支援事業意見書（様式2）を添付してください。