様式1

**三田市若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書**

　　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、三田市若年者の在宅ターミナルケア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 | 年　　月　　日 | | | | |
| サービス内容 | ＊該当するサービスに☑、サービス内容の番号に〇印をつけて下さい  □　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　） | | | | |

※三田市若年者ターミナルケア支援事業意見書（様式２）を添付してください。