第１号様式（第５条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

二本松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（支給対象者との関係　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　）

二本松市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給対象者  氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| 住　所 | ☐　申請者と同じであれば、チェックしてください。  〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 〈同意事項、誓約事項〉　次の内容を確認の上、チェックしてください。  ☐　支援事業の利用決定にあたり、市が住民登録や他制度の利用状況について、関係  機関に調査・照会・閲覧することに同意します。  ☐　支給対象者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者で  あることを誓約します。 | | | |

申請日時点において、利用したいサービスにチェックしてください。後で変更もできます。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス内容 | ※利用開始（予定）日　　　　　　　　年　　月　　日  ☐訪問介護  ☐訪問入浴介護  ☐福祉用具貸与・購入  □特殊寝台　□車いす　□腰掛便座　□手すり　□スロープ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）    ☐居宅介護支援 |