

様式第 2 号（第 5 条関係）

川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄：)
電話番号

川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業の利用について、下記のとおり申請します。なお、川越市が利用者の住所、年齢等について、住民基本台帳を確認することや必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

利用者 (甲)	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
住 所		〒 電話番号		
主 治 医		医療機関名 電話番号 主治医氏名		
そ の 他		小児慢性特定疾病医療費の受給 (有 ・ 無) 他の制度における助成又は給付の受給 (有 ・ 無) 生活保護の受給 (有 ・ 無)		
甲は、民法 6 5 3 条第 1 項の規定に関わらず、乙に川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業にかかる一切の権限を委任します。				
受任者 (乙)	氏 名 (自署)		生年月日	年 月 日
			利用者との続柄	
	住 所	〒 電話番号		

(裏面もご記入ください。)

(裏)

利用 予定 サ ー ビ ス 等	※利用を予定しているサービス等に○印をつけてください。(申請時点)
	1 訪問介護
	(1) 身体介護
	(2) 生活援助
	(3) 通院等乗降介助
	2 訪問入浴介護
	3 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) 手すり	
(8) スロープ	
(9) 歩行器	
(10) 歩行補助つえ	
(11) 移動用リフト(つり具の部分を除く。)	
(12) 自動排泄処理装置	
4 福祉用具購入	
(1) 腰掛便座	
(2) 自動排泄処理装置の変換可能部品	
(3) 入浴補助用具	
(4) 簡易浴槽	
(5) 移動用リフトのつり具の部分	
(6) スロープ	
(7) 歩行器	
(8) 歩行補助つえ	