裏面もあります。必ずご確認ください。

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

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

（提出先）
川越市長

申請者　住所　川越市〇町△丁目◇番地
氏名　川越　花子
（利用者との続柄：　妻　）
日中連絡のつく電話番号 → 電話番号　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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）	ﾌﾘｶﾞﾅ	ｶﾜｺﾞｴ　ﾀﾛｳ	生年月日	平成〇年△月×日（◇◇歳）
	氏　名	川越　太郎		
住　所		〒350-0000 川越市〇町△丁目◇番地 電話番号〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
主治医		医療機関名　ときも病院 電話番号△△△-△△△△-△△△△ 主治医氏名　山吹　ときも		
その他		小児慢性特定疾病医療費の受給　（　有　・　無　） ← 有の場合は申請できません 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　） ← 生活保護の受給している場合は生活保護受給証の写しを添付してください		
甲は、民法６５３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）	川越　花子	生年月日	〇〇年△△月××日
			利用者との続柄	妻
	住　所	〒350-0000 川越市〇町△丁目◇番地 電話番号〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

（裏面もご記入ください。）

サービス利用日または福祉用具を購入した日付が 10 月１日から3月末日まで申請ができます。
郵送の場合は健康管理課に届いた日が申請日となります。
間に合わない場合は3月31日までに必ず健康管理課にご連絡ください。

（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