

第 2 号様式（第 5 条関係）

越谷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

越谷市長 宛

申請者 住所  
氏名  
(利用者との続柄 )  
(電話番号 )

越谷市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので、越谷市若年がん患者在宅ターミナルケア支援補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、下記のとおり申請します。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |          |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|---------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  | 生年月日     | 年 月 日   |
| 利用者<br>氏名<br>(甲)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  | 年 齢      | 歳       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | 性 別      | 男 ・ 女   |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 〒<br><br>TEL ( ) |          |         |
| 主治医                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 医療機関名            | TEL ( )  |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 主治医氏名            |          |         |
| 【同意事項】 ※同意する項目に『レ』を入れてください。<br><input type="checkbox"/> 利用者の住所等について、市が保有する公簿等で確認することに同意します。<br><input type="checkbox"/> (18歳以上20歳未満の方)<br>小児慢性特定疾病医療費の認定状況について、市が確認することに同意します。<br><input type="checkbox"/> (生活保護 又は 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受給している場合)<br>利用者及び利用者と同一世帯にある者の生活保護受給状況について、市が保有する公簿等で確認することに同意します。 |                  |          |         |
| 甲は、乙に若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業に関する一切の権限を委任します。<br>なお、この委任は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、継続します。                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |          |         |
| 受任者<br>(乙)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏名               | 生年<br>月日 | 年 月 日   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住所 〒             |          | 利用者との続柄 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TEL ( )          |          |         |

上記委任の件について、承諾しました。

受任者(自署) \_\_\_\_\_

(裏面もご記入ください)

第2号様式（裏面）

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>利 用 予 定<br/>サ ー ビ ス 等</p> | <p>※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）</p> <p>1 訪問介護</p> <p>(1) 身体介護</p> <p>(2) 生活援助</p> <p>(3) 通院等乗降介助</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与</p> <p>(1) 車いす</p> <p>(2) 車いす付属品</p> <p>(3) 特殊寝台</p> <p>(4) 特殊寝台付属品</p> <p>(5) 床ずれ防止用具</p> <p>(6) 体位変換器</p> <p>(7) 手すり</p> <p>(8) スロープ</p> <p>(9) 歩行器</p> <p>(10) 歩行補助つえ</p> <p>(11) 移動用リフト(つり具の部分を除く。)</p> <p>(12) 自動排泄処理装置</p> <p>4 福祉用具購入</p> <p>(1) 腰掛便座</p> <p>(2) 自動排泄処理装置の交換可能部品</p> <p>(3) 入浴補助用具</p> <p>(4) 簡易浴槽</p> <p>(5) 移動用リフトのつり具の部分</p> |
| <p>利 用 予 定<br/>金 額</p>       | <p>訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与</p> <p>_____ 円／月 （上限72,000円／月）</p> <p>福祉用具購入</p> <p>_____ 円 （上限90,000円）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |