

寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

寝屋川市長 様

寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ、必要書類を添えて申請します。

- ・ この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について寝屋川市が閲覧・照会することに同意します。
- ・ 主治医等に治療内容を照会することに同意します。
- ・ 対象サービス提供事業者の内容を照会することに同意します。
- ・ 申請にかかる対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・ 申請にあたって寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱の内容を遵守します。
- ・ 助成金の受領に関して、万が一問題が生じた場合には、受任者が責任を持って解決に努めます。

申請者 (対象者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒 572 - 寝屋川市	電話番号	
	公的制度 受給状況	小児慢性特定疾病医療費助成制度の利用 小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業の利用 障害福祉サービスの利用 生活保護の受給		なし・あり なし・あり なし・あり なし・あり

民法第643条に基づき申請行為及び請求行為の代理として、以下の項目を記入してください。受任者を指定することで、申請行為及び請求行為の手続きは受任者が代理として行うこととなり、寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる一切の手続きが委任されます。

受任者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒 -	電話番号	
	対象者との関係	父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ その他 ()		
上記委任の件について、承諾しました。				
受任者（自署）				

【添付書類】

- 申請者及び受任者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）
- 寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる意見書（様式第2号）

※申請を受理した日から起算して、1年を経過した場合は、再度意見書の提出を求めることがあります。

利用予定事業所（申請時点）

1 訪問介護	〔	・ 未定	〕
2 訪問入浴介護	〔	・ 未定	〕
3 福祉用具の貸与	〔	・ 未定	〕
4 福祉用具の購入	〔	・ 未定	〕
5 居宅介護支援	〔	・ 未定	〕
利用開始日（予定）		年	月
			日

以下のサービスは、介護保険法に基づき都道府県知事又は指定都市もしくは中核市の長が指定した事業所が提供するサービスに限ります。

<p>1 訪問介護</p> <p>(1)身体介護に関すること</p> <p>① 身体の清潔の保持等の援助 ② 通院、交通や公共機関の利用等の援助</p> <p>③ その他必要な身体の介護</p> <p>(2)生活援助に関すること</p> <p>① 調理 ② 生活必需品の買い物 ③ 衣類の洗濯、補修</p> <p>④ 住居等の清掃、整理整頓 ⑤ その他必要な家事</p> <p>(3)通院等乗降介助に関すること</p>
<p>2 訪問入浴介護</p>
<p>3 福祉用具の貸与</p> <p>車いす（付属品含む）、特殊寝台（付属品含む）、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり（工事を伴わないもの）、スロープ（工事を伴わないもの）、歩行器、歩行補助つえ、移動用リフト（つり具の部分を除く）、自動排泄処理装置、その他</p>
<p>4 福祉用具の購入</p> <p>腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部品、排泄予測支援機器、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分、その他</p>
<p>5 居宅介護支援</p>