様式第１号（第４条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業助成申請書

　　　年　　月　　日

　山陽小野田市長　宛

申請者　住所

　　　　　　　氏名

（助成対象者との続柄　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　）

下記のとおり、若年がん患者在宅療養支援助成事業の助成を受けたいので、申請します。

なお、申請内容について、山陽小野田市が保有する個人情報を閲覧し、及び医療機関等へ問い合わせることに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 助成対象者氏　名 |  |
| 年齢 | 歳 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 家族構成 | 氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 備考(連絡先等) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主治医 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 |
| サービス | 利用開始予定日　　　　　　　年　　月　　日 |
| **該当するサービス内容に○印をつけてください**１　訪問介護　（１）身体介護に関すること　　　①身体の清潔の保持等の援助　　　②その他必要な身体の介護　（２）生活援助に関すること　　　①調理　　②生活必需品の買い物　　③衣類の洗濯、補修　　　④住居等の清掃、整理整頓　　　　　⑤その他必要な家事　（３）通院等乗降介助に関すること　　　①通院、交通や公共機関の利用等の援助　②その他（　　　　　　　）２　訪問入浴介護３　福祉用具貸与　（１）車いす　 （２）特殊寝台　 （３）その他（　　　　　　　　　）４　福祉用具購入　（１）車いす （２）特殊寝台　 （３）その他（ 　　　　　 　　　） |
| 助成金請求代理人 | 申請者が助成対象者本人の場合、助成金請求についての代理人を記入してください。 |
| 代理人氏　名 |  | 助成対象者との続柄 |  | 生年月日 |  |
| 住所 | 電話番号 |

※様式第２号又はがん末期であることが確認できる書類を添付してください。第２号様式の作成経費は、この助成の対象外です。