

## 第1号様式（第5条関係）

## 若年末期がん療養支援事業利用申請書

年 月 日

指宿市長 様

申請者 住 所

氏 名 印  
 (電話番号 )  
 (利用者との続柄 )

若年末期がん療養支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |        |      |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|------|-----------|
| ふりがな                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |        | 生年月日 | 年 月 日     |
| 利用者氏名                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |        | 年 齢  | 歳         |
| 住 所                                                                               | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |        |      |           |
| 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<br>医師名 電話番号 ( )                                                                                                                                                                                                                                                        |  |        |      |           |
| 利用開始予定日                                                                           | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |        |      |           |
| サービス内容                                                                            | ※ 希望するサービス内容に○印をつけてください<br>1. 身体介護に関すること<br>(1) 身体の清潔の保持等の援助 (2) その他必要な身体介護<br>2. 生活援助に関すること<br>(1) 調理 (2) 生活必需品の買い物 (3) 衣類の洗濯、補修<br>(4) 住居等の清掃、整理整頓 (5) その他必要な家事<br>3. 通院等乗降介助に関すること<br>(1) 通院、交通や公共機関の利用等の援助<br>(2) その他 ( )<br>4. 訪問入浴介護<br>5. 福祉用具貸与 ( )<br>6. 福祉用具購入 ( ) |  |        |      |           |
| 事 業 所 名                                                                           | 訪問介護                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 訪問入浴介護 |      |           |
|                                                                                   | 福祉用具貸与                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 福祉用具購入 |      |           |
| 公的制度受給状況                                                                          | 障害者手帳（有・無） 生活保護（有・無）<br>小児慢性特定疾病医療費助成（有・無）                                                                                                                                                                                                                                   |  |        |      |           |
| 若年末期がん療養支援事業利用に係るサービス計画を作成するため、利用者及びその家族の個人情報を、関係機関に提示することに同意します。<br>利用者署名 (代筆者 ) |                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |        |      |           |

※ 末期がんであることが確認できる医師の意見書（第2号様式）等を添付してください。