

第 1 号様式

年 月 日

( 宛先 ) 岡崎市長

住所〒

申請者 ( 甲 )

ふりがな

氏 名

電話番号 ( )

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業利用申請書

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業を利用したいので、次のとおり申請します。本書に記載の内容を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

|                                                                                              |                                                                                                                                                |                                                                                                  |            |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|
| 対象者 ( 甲 )                                                                                    | ふりがな<br>氏名                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                  |            | 生 年 月 日<br>年 月 日<br>( 歳 ) |
|                                                                                              | 住所                                                                                                                                             | 〒<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                             |            |                           |
|                                                                                              | 確認事項                                                                                                                                           | 区 分                                                                                              |            | いずれかに○印                   |
|                                                                                              |                                                                                                                                                | 小児慢性特定疾病医療費助成の受給                                                                                 |            | 有 ・ 無                     |
|                                                                                              |                                                                                                                                                | 生活保護の受給                                                                                          |            | 有 ・ 無                     |
|                                                                                              |                                                                                                                                                | 障害者総合支援法に基づく給付                                                                                   |            | 有 ・ 無                     |
|                                                                                              |                                                                                                                                                | 受給資格の審査のため、市が実施する確認事項に係る調査の実施に<br><input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません |            |                           |
| 情報の取得・提供                                                                                     | 事業の利用に当たり、必要な限度で市 ( 市が委託する相談支援事業所を含む ) が関係機関等から対象者の情報を取得すること、又は関係機関等へ提供することに<br><input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません |                                                                                                  |            |                           |
| 甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第 653 条第 1 号の規定にかかわらず、乙に岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業の請求及び受領に関する権限を委任します。 |                                                                                                                                                |                                                                                                  |            |                           |
| 受任者 ( 乙 )                                                                                    | ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                    |                                                                                                  | 甲との<br>続柄等 |                           |
|                                                                                              | 住 所                                                                                                                                            |                                                                                                  |            |                           |
|                                                                                              | 連絡先                                                                                                                                            |                                                                                                  |            |                           |

同意がない場合申請不可

裏面あり

利用するサービスの番号に○印をつけてください。

| 区分      | サービスの内容              |                 |
|---------|----------------------|-----------------|
| 在宅サービス  | 1 訪問介護               | 2 訪問入浴介護        |
|         | 3 訪問看護               | 4 訪問リハビリテーション   |
|         | 5 居宅療養管理指導           |                 |
|         |                      |                 |
| 福祉用具の貸与 | 1 手すり（工事を伴わないもの）     |                 |
|         | 2 スロープ（工事を伴わないもの）    |                 |
|         | 3 歩行器                | 4 歩行補助つえ        |
|         | 5 車いす                | 6 車いす付属品        |
|         | 7 特殊寝台               | 8 特殊寝台付属品       |
|         | 9 床ずれ防止用具            | 10 体位変換器        |
|         | 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          |                 |
|         |                      |                 |
|         |                      |                 |
|         |                      |                 |
|         |                      |                 |
| 福祉用具の購入 | 1 腰掛便座               |                 |
|         | 2 自動排泄処理装置の交換可能部品    |                 |
|         | 3 排泄予測支援機器           | 4 入浴補助用具        |
|         | 5 簡易浴槽               | 6 移動用リフトのつり具の部分 |
|         |                      |                 |
|         |                      |                 |

（添付書類）

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業意見書（第2号様式）