

若年がん患者の在宅支援事業助成申請書

年 月 日

宇部市長 様

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、当該支援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、宇部市が保有する個人情報を見直し、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					
サービス等	利用開始予定日 年 月 日					
	<p>該当するサービス等の内容に○印をつけてください</p> <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>①通院、交通や公共機関の利用等の援助      ②その他 ( )</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与</p> <p>(1) 車いす      (2) 特殊寝台      (3) その他 ( )</p> <p>4 福祉用具購入</p> <p>(1) 車いす      (2) 特殊寝台      (3) その他 ( )</p>					
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				

※第2号様式を添付してください。なお、第2号様式の作成経費は、この助成の対象外です。

※申請するサービス等の内容が分かる資料を添付してください。

※他の制度で同様の助成を受ける場合は、この事業の助成の対象外です。