様式第１号（第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

清水町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年　　月　　日

清水町長　様

申請者　住　所
氏　名
電　話

下記のとおり、清水町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業を利用したいので申請します。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用者氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>年　齢</td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒

TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">家族構成</td><td>氏　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>主治医</td><td colspan="4">病院名　　電話番号
医師名</td></tr>
<tr><td>利用開始予定日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="4">＊該当するサービス内容に○印をつけてください。
■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
■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
■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（　　）
■訪問入浴介護
■福祉用具貸与（※）（　　）
■福祉用具購入（※）（　　）
（※ 補助対象は、利用時の年齢が 20 歳から 40 歳未満の方です。）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="4">訪問介護（　　）、訪問入浴介護（　　）
福祉用具貸与・購入（　　）</td></tr>
<tr><td>公的制度受給状況</td><td colspan="4">小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助　　（有・無）</td></tr>
</table>

＊　小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書（様式第２号）等を添付してください。