

春日部市小児・AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業利用申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(あて先)春日部市長 あて

利用者又は受任者が申請してください	申請者 住所 春日部市中央7-1-2 氏名 春日部 花子
平日日中連絡がつきやすい番号をご記入ください。	(利用者との続柄・関係 母) (電話番号 048-0000-0000)

春日部市小児・AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな	かすかべ たろう	生年月日	成 ○○年 ○月 ○日
利用者氏名 (甲)	春日部 太郎 <small>※自署でない場合は、記名押印してください。</small>	年齢	○○ 歳
		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女
住所	〒344-0192 春日部市金崎839-1	平日日中連絡がつきやすい番号をご記入ください。 電話番号 048 (000) 0000	
主治医	医療機関名 ○○ 医院 主治医氏名 ●● ●● 電話番号 △△△ (000) △△△△		
住民基本台帳による調査	利用者の住所、年齢等について、住民基本台帳により確認することを <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
生活保護等の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 〈有の場合〉 審査のため、生活保護等受給世帯状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
他の制度利用について	他の制度利用の状況について確認することを <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません 他制度を利用している場合は制度名・内容をお書きください()		
甲は、民法653条第1号の規定に関わらず、乙に春日部市小児・AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業に係る一切の権限を委任します。			
受任者 (乙)	氏名 春日部 花子	生年月日 昭和○○年 ○月 ○日	
	住所 〒344-8577 春日部市中央7-1-2 電話番号 048(000) 0000	利用者との続柄・関係 母	
上記	利用者本人が手続き困難な場合も受任者が代理として申請、請求等の手続きを行えます。可能な限りご指定ください。	受任者(自署) 春日部 花子 (裏面も記入してください)	

様式第1号(裏面)

<p>利用予定 サービス等</p>	<p>利用を予定しているサービス等に○印をつけてください。(申請時点)</p> <p>1 訪問介護</p> <p>(1) 身体介護</p> <p>(2) 生活援助</p> <p>(3) 通院等乗降介助</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与</p> <p>(1) 車いす</p> <p>(2) 車いす付属品</p> <p>(3) 特殊寝台</p> <p>(4) 特殊寝台付属品</p> <p>(5) 床ずれ防止用具</p> <p>(6) 体位変換器</p> <p>(7) 手すり</p> <p>(8) スロープ</p> <p>(9) 歩行器</p> <p>(10) 歩行補助つえ</p> <p>(11) 移動用リフト(つり具の部分を除く。)</p> <p>(12) 自動排泄処理装置</p> <p>4 福祉用具購入</p> <p>(1) 腰掛便座</p> <p>(2) 自動排泄処理装置の交換可能部品</p> <p>(3) 入浴補助用具</p> <p>(4) 簡易浴槽</p> <p>(5) 移動用リフトのつり具の部分</p>
<p>利用予定 金額</p>	<p>訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与</p> <p style="text-align: right;">_____ 〇〇, 〇〇〇 円/月(上限8万円/月)</p> <p>福祉用具購入</p> <p style="text-align: right;">_____ 〇〇, 〇〇〇 円(上限10万円)</p>