

様式第1号(第4条関係)

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

年 月 日

(あて先)春日部市長 あて

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄・関係)
(電話番号)

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		生年月日	年 月 日
利用者 氏名 (甲)	※自署でない場合は、記名押印してください。	年 齢	歳
		性 別	男 ・ 女
住 所	〒		
	電話番号 ()		
主治医	医療機関名		
	主治医氏名 電話番号 ()		
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 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 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		
	他の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	生年月日 年 月 日	
	住所〒	利用者との続柄・関係	
	電話番号 ()		
上記の件について、承諾しました。 受任者(自署)			

(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;">_____円/月(上限8万円/月)</p> <p>福祉用具購入</p> <p style="text-align: right;">_____円(上限10万円)</p>