様式第1号（第6条関係）

粕屋町小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

粕屋町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （利用予定者との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　）

粕屋町小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 利用予定者氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒□申請者と同じ　　　　TEL　　　　（　　　　） |
| □支援事業の利用決定にあたり、粕屋町が住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 |

申請日時点において、利用したいサービスの番号に○印を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス　内容 | 該当するサービス内容に○印を付けてください。１　訪問介護1. 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（　　　　　　　　　）
2. 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（　　　　　　）1. 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

２　訪問入浴介護３　福祉用具貸与（裏面の欄で該当するものに○を付けてください）４　福祉用具購入（裏面の欄で該当するものに○を付けてください） |
| 利用予定事業所（申請時点） | １　訪問介護　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　２　訪問入浴介護（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）３　福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４　福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

福祉用具（貸与）

ア　車椅子（付属品含む。）

　　　イ　特殊寝台（付属品含む。）

　　　ウ　床ずれ防止用具

　　　エ　体位変換器（起き上がり補助装置を含む。）

　　　オ　手すり（工事を伴わないもの）

　　　カ　スロープ（工事を伴わないもの）

　　　キ　歩行器

　　　ク　歩行補助つえ

　　　ケ　移動用リフト（つり具の部分を除く。階段移動用リフトを含む。）

　　　コ　自動排せつ処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）

福祉用具（購入）

サ　腰掛便座

　 シ　入浴補助用具

　 ス　自動排せつ処理装置の交換可能部品

　 セ　簡易浴槽

　ソ　移動用リフトのつり具の部分