様式第１号（第６条関係）

南関町若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年　　　月　　　日

南関町長　　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

補助対象者との続柄（　 　　 　 ）

電話番号（ 　 ）

私は、南関町若年がん在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第６条の規定により、南関町若年がん患者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。

なお、申請にあたっては次のとおりです（□にチェック（☑）を記入してください。）。

□　この事業の実施に関し必要な情報（住民基本台帳、町税等の滞納の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。

□　主治医に治療内容を照会することに同意します。

□　対象サービスの提供事業者に内容を照会することに同意します。

□　申請にかかる対象経費は、国又は他の地方公共団体の補助対象ではありません。

□　申請にあたっては南関町若年がん患者在宅療養生活支援事業交付要綱の内容を遵守します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 対象者氏名（甲） |  | 年齢 |  |
| 住所 | 〒□申請者と同じTEL　　　　（　　　　） | 申請者との関係 |  |
| 　甲は、民法第653条第１号の規定に関わらず、乙に南関町若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる一切の手続を委任します。※受任者を指定いただくことで、以降の請求等の手続は受任者が代理として行うこととなります。 |
| 受任者(乙) | 氏名 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 〒□申請者と同じTEL　　　　（　　　　） | 対象者との関係 |  |
| 上記委任の件について、承諾しました。受任者（自署）　　　　　　　　　　　　　　　 |

（添付書類）

１．本人確認書類（運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード、住民票の写しなど）

２．南関町若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる意見書（様式第２号）

利用したいサービスの番号に〇印をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | サービスの内容 |
| 在宅サービス | １　訪問介護⑴　身体介護中心　⑵　生活援助中心　⑶　通院等乗降介助２　訪問入浴介護 |
| 福祉用具貸与 | １　手すり（工事を伴わないもの）２　スロープ（工事を伴わないもの）３　歩行器　４　歩行補助つえ５　車いす　６　車いす付属品７　特殊寝台　８　特殊寝台附属品９　床ずれ防止用具　10 体位変換器11　移動用リフト（つり具の部分を除く）12　自動排泄処理装置 |
| 福祉用具購入 | １　腰掛便座２　自動排泄処理装置の交換可能部品３　排泄予測支援機器　４　入浴補助用具５　簡易浴槽　６　移動用リフトのつり具の部分７　スロープ８　歩行器９　歩行補助つえ |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用開始(予定)日 | 年　　　月　　　日 |