

様式第1号（第5条関係）

（表）

柳川市小児・若年者がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

柳川市長 様

申請者 住所

氏名 ㊟

（電話番号 ）

次のとおり、柳川市小児・若年者がん患者在宅療養生活支援事業の助成を受けたいので、申請します。

なお、市が保有する個人情報に関する調査及び関係機関に照会することに同意します。

フリガナ				生年月日	年 月 日		
利用者氏名				年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号 （ ） □申請者と同じ						
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	備 考（連絡先等）			
			・ ・				
			・ ・				
			・ ・				
利用開始予定日	年 月 日						
主 治 医	医療機関名 電話番号 医師名						
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。 ■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 （3）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 ■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） ■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）						
その他	生活保護の受給 （ 有 ・ 無 ）						

※「がん」であることが確認できる書類を添付してください。

(裏)

福祉用具の貸与

- ア 車いす（附属品を含む）
- イ 特殊寝台（附属品を含む）
- 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（つり具の部分を除き、階段移動用リフトを含む。）
- コ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）

福祉用具の購入

- ア 腰掛便座
- イ 入浴補助用具
- ウ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- エ 簡易浴槽
- オ 移動用リフトのつり具の部分