様式第１号

三島市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年　　月　　日

三島市長　あて

申請者　住　所

氏　名

（記名押印または署名）

（※対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人（親権者等）となります）

私は、以上のことについて同意した上で利用申請します。

☐　市から在宅療養に係るサービス内容及び福祉用具の貸与・購入先に内容を照会すること

☐　他課に関連した公的制度の受給状況について照会すること

☐　医師の意見書を記載した医療機関に対して照会すること

☐　市から静岡県に対し補助実積に係る情報を提供すること

<table>
<tr><td>ふりがな
利用者氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日　（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒

TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">家族構成</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td colspan="2">備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="5">病院名　　電話番号
医師名</td></tr>
<tr><td>利用開始（予定）日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="5"><u>＊該当するサービス内容の数字に〇印をつけて下さい。</u>
■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
■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
■通院等乗降介助に関すること
１　通院、交通や公共機関利用等の援助　２　その他（　　）
■訪問入浴介護
■福祉用具貸与（※）（　　）
■福祉用具購入（※）（　　）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="5">訪問介護事業（　　）
訪問入浴介護事業（　　）
福祉用具貸与・購入事業（　　）</td></tr>
<tr><td>公的制度受給状況</td><td colspan="5">小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助　　（　有・　無　）
（上記※のサービスは、利用時の年齢が 0 歳から 20 歳未満で、小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業の補助を受けていない方は、補助を受けることができます。）</td></tr>
</table>

＊医師の意見書（第２号様式）等、必要書類を添付してください。