

様式第1号（第6条関係）

小児・若年がん患者居宅サービス利用等申請書

年 月 日

島田市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり小児・若年がん患者居宅サービスの利用等について申請します。

ふりがな				年 月 日
利用等をする者				(歳)
住 所	電話番号			
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）
主 治 医	病院名 医師名	電話番号		
利用等開始予定日	年 月 日			
内 容	<p><u>該当する項目に○印を付けてください。</u></p> <p>1 居宅サービス</p> <p>(1) 訪問介護</p> <p>ア 身体介護に関すること。</p> <p>(ア) 身体の清潔の保持等の援助</p> <p>(イ) その他必要な身体の介護</p> <p>イ 生活援助に関すること。</p> <p>(ア) 調理</p> <p>(イ) 生活必需品の買い物</p> <p>(ウ) 衣類の洗濯及び補修</p> <p>(エ) 住居等の清掃及び整理整頓</p> <p>(オ) その他必要な家事</p>			

	ウ 通院等乗降介助に関すること。 (ア) 通院、公共機関の利用等の援助 (イ) その他 () (2) 訪問入浴介護 2 福祉用具の貸与 () 3 福祉用具の購入 ()
事業所名	訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具の貸与 () 福祉用具の購入 ()
公的制度受給状況	島田市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付 (有・無)

(注)

- 1 小児・若年がん患者居宅サービスの利用等をしようとする者が未成年者であるときは、申請者は法定代理人となります。この場合には、申請者が法定代理人であることが分かるものを添付してください。
- 2 福祉用具の貸与及び購入は、島田市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の補助を受けていない方が対象です。
- 3 同意書（様式第2号）及び医師の意見書（様式第3号）を添付してください。