様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

高松市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

高松市若年がん患者在宅療養支援事業について、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | □　対象者と同じ　　□　下記、代理人（様式９号の提出が必要） |
| 代理人 | 住　所 |  |
| フリガナ |  | 対象者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 連絡先℡ |  |
| 対象者 | 支援事業の利用決定等に当たり、高松市が住民登録及び他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。 |
| 住　所 | 〒高松市 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日（年齢） | 　年　　月　　日（　　　歳） | 連絡先℡ |  |
| 利用開始予定日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| サービス内容 | 申請時点で利用したいサービスに☑をしてください。 |
| □ 訪問介護 |
|  | □ 身体介護　　　□ 生活援助　　　 □ 通院等乗降介助 |
| □ 訪問入浴介護 |
| □ 福祉用具貸与 |
|  | □ 車いす□ 車いす付属品□ 特殊寝台□ 特殊寝台付属品□ 床ずれ防止用具□ 体位変換器 | □ 手すり（工事を伴わないもの）□ スロープ（工事を伴わないもの）□ 歩行器□ 歩行補助つえ□ 移動用リフト（つり具の部分を除く）□ 自動排泄処理装置 |
| 生活保護の受給（該当する方に☑をしてください。） | □ 有　・　□ 無 |
| ≪誓約事項≫以下の項目について確認の上、☑をしてください。□ 対象者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。 |
| その他特記事項 |  |

※医師の意見書（様式第２号）を添付してください。