

（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	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ <input type="checkbox"/> 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 TEL		
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 TEL	
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 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護			
	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			
	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
生活保護の受給（該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。）			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
≪誓約事項≫以下の項目について確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。				
<input type="checkbox"/> 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。