

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 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 ☒ 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 ☐ その他（ ）				
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。