

様式第 1 号（第 6 条関係）（表面）

桂川町小児・A Y A 世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

桂川町長 様

申請者 住所

氏名

（電話番号 _____ ）

桂川町小児・A Y A 世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名		年齢	歳
住所	〒 _____ □申請者と同じ TEL _____ ()		
□支援事業の利用決定にあたり、桂川町が住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。			

申請日時点において、利用したいサービスの番号に○印を付けてください。

サービス 内容	<p>該当するサービス内容に○印を付けてください。</p> <p>1 訪問介護</p> <p>（1）身体介護に関すること</p> <p>① 身体の清潔の保持等の援助 ②その他必要な身体介護</p> <p>（2）生活援助に関すること</p> <p>① 調理 ② 生活必需品の買い物 ③ 衣類の洗濯、補修</p> <p>④ 住居等の清掃、整理整頓 ⑤ その他必要な家事</p> <p>（3）通院等乗降介助に関すること</p> <p>① 通院、交通や公共機関の利用等の援助 ② その他</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与（裏面の欄で該当するものに○を付けてください）</p> <p>4 福祉用具購入（裏面の欄で該当するものに○を付けてください）</p>
利用予定 事業所 （申請時点）	<p>1 訪問介護 [_____]</p> <p>2 訪問入浴介護 [_____]</p> <p>3 福祉用具貸与 [_____]</p> <p>4 福祉用具購入 [_____]</p>

様式第1号（裏面）

福祉用具貸与

- ア 車いす（付属品含む）
- イ 特殊寝台（付属品含む）
- ウ 床ずれ防止用具
- エ 体位変換器（起き上がり補助装置を含む）
- オ 手すり（工事を伴わないもの）
- カ スロープ（工事を伴わないもの）
- キ 歩行器
- ク 歩行補助つえ
- ケ 認知症老人徘徊感知機器
- コ 移動用リフト（つり具の部分を除く。階段移動用リフトを含む）
- サ 自動排せつ処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く）
- シ 腰掛便座
- ス 入浴補助用具
- セ 自動排せつ処理装置の交換可能部品
- ソ 簡易浴槽
- タ 移動用リフトのつり具の部分