様式第１号（第６条関係）（表面）

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

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　自動排泄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