

京丹後市若年がん患者在宅療養支援事業利用認定申請書

若年がん患者在宅療養支援事業の利用の認定を申請する様式です。

<申請者> (申請されるかたの情報を記入します。)

京丹後市長 様		(申請日)	年	月	日
申請にあたっては次のとおりです。(□にチェックをしてください。)					
□利用申請に関し、市が私の住民基本台帳を閲覧すること及び必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。					
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号	-この手続では記入は不要です-		
		日中連絡先			
住所					

申請時点において、利用予定のサービスの番号に○印をつけてください。

サービス内容	利用するサービス内容に○印をつけてください。
	<ol style="list-style-type: none"> 1 訪問介護 <ol style="list-style-type: none"> (1) 身体介護に関すること <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 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 (3) 通院等乗降介助に関すること <ol style="list-style-type: none"> 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 (裏面ア～コで該当するものに○をつけてください) 4 福祉用具購入 (裏面ア～カで該当するものに○をつけてください)
利用予定事業所 (申請時点)	<ol style="list-style-type: none"> 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 []
利用開始(予定)日	年 月 日

(裏面)

福祉用具貸与	福祉用具購入
ア 車いす (付属品含む)	ア 腰掛便座
イ 特殊寝台 (付属品含む)	イ 自動排泄処理装置の交換可能部品
ウ 床ずれ防止用具	ウ 排泄予測支援機器
エ 体位変換器	エ 入浴補助用具
オ 手すり (工事を伴わないもの)	オ 簡易浴槽
カ スロープ (工事を伴わないもの)	カ 移動用リフトのつり具の部分
キ 歩行器	
ク 歩行補助つえ	
ケ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	
コ 自動排泄処理装置	

【添付書類】

- 本人確認書類の写し (運転免許証、個人番号カード (表面) 又は住民票など)
- 京丹後市若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書 (別記様式第2号)

市処理欄

本人確認	来庁者	添付書類	受付	決定年月日
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特永証 <input type="checkbox"/> 年手帳 <input type="checkbox"/> 障手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他 代理権確認手段	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し <input type="checkbox"/> 京丹後市若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書 (様式第2号) <input type="checkbox"/> その他		
			審査	