

様式第1号（第5条関係）

与論町若年末期がん患者に対する療養支援事業利用申請書

年 月 日

与論町長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
電話番号
利用者との関係 ()

若年末期がん療養支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名		年 齢	性 別
住 所	〒 電話番号 ()		
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日
主 治 医	医療機関名		
	医 師 名	電話番号 ()	
利用開始予定日	年 月 日		
認 定 書 類	医師の意見書等に係る費用【有 () 円 ・ 無 ()】		
サ ー ビ ス 内 容	<p>※希望するサービス内容に○印を付けてください。</p> <p>■身体介護に関すること (1) 身体の清潔の保持等の援助 (2) その他必要な身体介護</p> <p>■生活援助に関すること (1) 調理 (2) 生活必需品の買い物 (3) 衣類の洗濯及び補修 (4) 住居等の清掃及び整理整頓 (5) その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること (1) 通院、公共交通機関の利用等の援助 (2) その他 ()</p> <p>■訪問入浴介護 ■福祉用具貸与 () () ■福祉用具購入 () ()</p>		
事 業 所 名	訪問介護 ()	訪問入浴介護 ()	
	福祉用具貸与 ()	福祉用具購入 ()	
公的制度受給状況	生活保護 (有・無) 障害者手帳 (有・無) 小児慢性特定疾病医療費助成 (有・無)		
<p>若年末期がん療養支援事業を利用するために、私（利用者及びその家族）の個人情報について、関係機関に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 代筆者氏名</p>			

※末期がんであることが確認できる医師の意見書（様式第2号）等を添付してください。