

様式第1号（第5条関係）（表面）

大野城市小児・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

大野城市長 様

申請者 住所

氏名 印
 （利用者との続柄）
 （電話番号）

大野城市小児・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。
 また、支援事業の利用決定にあたり、大野城市が住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査し、照会し又は閲覧すること及び利用者の身体状況等について、大野城市が医師の意見を求めることに同意します。

ふりがな		生年月日	年	月	日
利用者氏名		年齢	歳		
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()				
生活保護の受給	有 ・ 無				
利用者は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、次の者に大野城市小児・AYA 世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。（利用者自身をご記入ください。）					
受任者	氏名		利用者との続柄		生年月日
	住所				

サービス内容	該当するサービス内容の□に✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ・身体介護に関すること <input type="checkbox"/> 身体の清潔の保持等の援助 <input type="checkbox"/> その他必要な身体の介護 ・生活援助に関すること <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 住居等の清掃、整理整頓 <input type="checkbox"/> その他必要な家事 ・通院等乗降介助に関すること <input type="checkbox"/> 通院、交通や公共機関の利用等の援助 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 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（申請日時点）	・ 訪問介護	{		}
	・ 訪問入浴介護	{		}	
	・ 福祉用具貸与	{		}	
	・ 福祉用具購入	{		}	

様式第 1 号（第 5 条関係）（裏面）

○福祉用具

【貸与】

- ア 車いす（付属品を含む。）
- イ 特殊寝台（付属品を含む。）
- 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に限る。）
- カ スロープ（工事を伴わないものに限る。）
- 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（つり具の部分を除き、階段移動用リフトを含む）
- サ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く）
- シ その他（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 12 項の規定により厚生労働大臣が定める福祉用具）

【購入】

- ア 腰掛便座
- イ 入浴補助用具
- ウ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- エ 簡易浴槽
- オ 移動用リフトのつり具の部分
- カ その他（介護保険法第 8 条第 13 項に規定する特定福祉用具）