

様式第1号（第6条関係）

添田町小児・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

添田町長 殿

申請者 住所

氏名

(利用予定者との続柄)

(電話番号)

添田町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。なお、支援事業の利用決定に当たり、添田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・閲覧をすることに同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名		年齢	歳
住所	〒 TEL ()		

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>1 訪問介護（該当するサービス内容に○印を付けてください。）</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 その他必要な身体の介護</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>

福祉用具貸与・購入

- ア 車椅子（附属品含む。）
- イ 特殊寝台（附属品含む。）
- 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 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。）
- コ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）
- サ 腰掛便座
- シ 入浴補助用具
- ス 自動排泄処理装置の交換可能部品
- セ 簡易浴槽
- ソ 移動用リフトのつり具の部分