

大郷町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

大郷町長 殿

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄：)

(電 話 番 号：)

下記のとおり、大郷町若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので申請します。

記

ふりがな			
利用者氏名	生年月日	年 月 日	
	年 齢	歳	
利用者住所	☐ 申請者と同じ 〒 電話番号		
主治医情報	医療機関名： 電話番号 医 師 名：		
利用開始予定日	年 月 日		
利用サービス及び サービス提供事業 所名	※利用予定のサービスに☑をしてください。 ☐ 訪問介護 (事業所名：) ☐ 訪問入浴介護 (事業所名：) ☐ 福祉用具貸与 (事業所名：) ☐ 福祉用具購入 (事業所名：) ☐ 居宅介護支援 (事業所名：)		
公的制度 利用状況	・ 障害者手帳 【 無 ・ 有 】 ・ 小児慢性特定疾病医療費助成 【 無 ・ 有 】 ・ 生活保護 【 無 ・ 有 】		
【誓約事項】 次の内容を確認の上、☑してください。 ☐ 本事業の担当者が、利用に係る審査のため、住民基本台帳の記載事項、利用者の公的制度利用状況、治療内容、サービス利用内容に関して関係機関に照会することに同意します。 ☐ 利用者は、利用予定のサービスに係る助成について、他の公的制度を用いることができない者であることを誓約します。			