

世田谷区若年がん患者在宅療養支援事業承認申請書

記入例

訂正する場合は、二重線で訂正してください。
消えるボールペン、修正液、修正テープは使用しないでください。

令和 年 月 日

氏名は「申請者」が自著してください。
「助成対象者」が「申請者」となります(異なる方が申請する場合は委任状が必要になります)。

申請者
 (郵便番号 154 - 0017)
 住 所 東京都世田谷区世田谷4 - 24 - 1
 (ふりがな) せたがや たろう
 氏 名(自著) 世田谷 太郎
 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
 電話番号 03 - 5432 - 2447
 助成対象者との関係 父

「申請者」と「助成対象者」が同じ場合は、ここにチェックをし、「助成対象者欄」の記入は不要です。

在宅療養支援事業の助成について、下記のとおり申請します。
調査するにあたり、世田谷区長が公簿により、生活保護受給、障害
疾病医療助成の状況を確認することについて同意します。

意見書(第2号の2様式)等を添付してください。

助成対象者	申請者と同じ(チェックのみで「助成対象者」欄の記入は不要)	
	(ふりがな) せたがや はなこ	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名 (自著) 世田谷 花子	年 齢 (歳)
	住所 〒154 - 0017 東京都世田谷区 世田谷4 - 24 - 1	
	電話番号 03 - 5432 - 2447	
生活保護の受給	有 ・ 無	
公的制度等利用状況	(1) 障害者手帳 (有()級 無)	(2) 小児慢性特定疾病医療費助成 (有 無)
	本制度で利用する予定のサービス(裏面)は、上記(1)(2)及び他の公的な制度において助成または給付は受けません。 はい いいえ 他の制度において同等の助成または給付を受けることができる場合は、本制度は利用できません。	

「生活保護受給」「障害者手帳」「小児慢性特定疾病医療助成」について、「有」「無」のどちらかに○をしてください。

「いいえ」の場合、本制度はご利用できません。

裏面もご記入ください。

【裏面あり】

利用する予定のサービスすべてに○をしてください。

「○」のされていないサービスについて、助成金交付申請をすることはできないため、利用する予定のあるサービスにはすべて「○」をしてください。

利用する予定のサービスの番号に 印を付け

区分	
在宅サービス	<p>① 訪問介護 (1)身体介護 ②生活援助(3)通院等乗降介助 2. 訪問看護 3. 訪問リハビリテーション 4. 訪問入浴介護 5. 居宅療養管理指導 6. 定期巡回 随時対応型訪問介護看護 7. 夜間対応型訪問介護</p>
福祉用具の貸与	<p>① 車いす 2. 車いす付属品 3. 特殊寝台 4. 特殊寝台付属品 5. 床ずれ防止用具 6. 体位変換器 7. 手すり(工事を伴わないもの) 8. スロープ(工事を伴わないもの) 9. 歩行器 10. 歩行補助つえ 11. 移動用リフト(つり具部分除く) 12. 自動排せつ処理装置</p>
福祉用具の購入	<p>1. 腰掛便座 2. 入浴補助用具 3. 移動用リフトつり具 4. 自動排せつ処理装置の交換可能部品 5. 簡易浴槽</p>
住宅改修	<p>1. 手すりの取り付け 2. 段差の解消(スロープの設置、床のかさ上げをする工事など) 3. 床材などの変更(移動の円滑化および滑り止め防止の場合のみ) 4. 扉の取替え(開き戸から引き戸・折り戸などへの変更) 5. 便器の取替え(和式便器から洋式便器への取替えなど)</p>

利用開始(予定)日	令和 年 月 日
-----------	----------

利用開始(予定)日をご記入ください。