

(表面)

様式第 1 号 (第 6 条関係)

北中城村若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 北中城村長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

関係書類を添えて次のとおり北中城村若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用を申請します。

なお、次のことについて同意します。

☐ 北中城村が事業実施に関し必要な情報 (住民基本台帳、税情報等の公簿) を閲覧すること。

☐ 北中城村から医療機関に対し治療内容を照会すること。

☐ 北中城村から対象サービス提供者に対しサービス提供内容について照会すること。

☐ 北中城村から県に対し、村の実績にかかる情報を提供すること。

1 対象者 (甲)	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
2 家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考 (連絡先等)
3 受任者 (乙)	甲は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る一切の手続を下記の者 (乙) に委任します。			
	ふりがな			対象者との 関係
	氏 名			
	住 所	□対象者と同じ		
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	上記委任の件について、承諾しました。 受任者 (自署) _____			

4 確認事項	☐ 他の制度（障害者総合支援法、児童福祉法等）において、支援事業と同等の補助等を受けていない							
5 添付書類	☐ 医師の意見書（様式第２号） ☐ 対象者の現住所及び生年月日が確認できる書類（マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。ただし、当該市町村で確認が可能な場合は省略できるものとする。） ☐ 受任者の本人確認書類及び対象者との関係が分かる書類							
6 主治医	病院名		医師名		電話番号			
7 利用開始 予定日	年 月 日							
8 利用サービス	(1) 訪問介護 事業者名（ ）							
	① 身体介護（利用サービスに✓）							
	☐ 排せつ・食事介助 ☐ 清拭・入浴、身体整容 ☐ 体位変換・移動・外出介助等 ☐ 起床及び就寝介助 ☐ 服薬介助 ☐ その他（ ）							
	②生活援助（利用サービスに✓）							
	☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 調理・配下膳 ☐ 買物・薬の受取							
	③通院等乗降介助（利用サービスに✓）							
	☐ 乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助 ☐ 通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助							
	(2) 訪問入浴介護 事業者名（ ）							
9 振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合		本店 支店 支所 出張所		預 金 種 別	普通 当座 その他	
	口座名義	※カタカナで記載。申請者又は受任者の口座であること。			口座番号			

