

様式第 1 号（表面）

吹田市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

吹田市長 様

吹田市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付について、吹田市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要領第 5 条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ、必要書類を添えて申請します。（□にチェック☑をしてください。）

□ この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について閲覧・照会することに同意します。

□ 医療機関やサービス提供事業者等関係機関に助成に関する情報の照会及び提供を求めることに同意します。

□ 申請に係る対象経費は、国又は地方公共団体の他の制度における助成対象ではありません。

□ 申請にあたり、吹田市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要領の内容を遵守します。

申請者 (対象者)	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒 ー	連 絡 先	
・小児慢性特定疾病【無・有】 ・障がい者手帳【無・有(身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳)】 ・特定医療費(指定難病)の受給【無・有】 ・自立支援医療(精神通院)の受給【無・有】 ・生活保護の受給【無・有】				
民法（明治 29 年法律第 89 号）第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、受任者に吹田市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる一切の手続きを委任します。 ※受任者を指定することで、申請及び請求等の手続きを受任者が代理として行うことができます。				
受任者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 ー	連 絡 先	
	対象者との関係		父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ その他 ()	
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署）				

【添付書類】

□ 吹田市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる意見書（様式第 2 号）

□ 生活保護受給証明書（生活保護受給者のみ）

様式第1号（裏面）

申請時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

サービス 内容	該当するサービス内容に○印をつけてください。 1 訪問介護 （身体介護、生活援助、通院等乗降介助） 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 （下記ア～コで該当するものに○をつけてください。） 4 福祉用具購入 （下記サ～タで該当するものに○をつけてください。） 5 居宅介護支援
利用予定 事業所 （申請時点）	1 訪問介護 [] 2 訪問入浴介護 [] 3 福祉用具貸与 [] 4 福祉用具購入 [] 5 居宅介護支援 []
利用開始 （予定）日	令和 年 月 日

福祉用具貸与	福祉用具購入
ア 車いす（付属品含む） イ 特殊寝台（付属品含む） ウ 床ずれ防止用具 エ 体位変換器 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 歩行補助杖 ケ 移動用リフト（つり具の部分を除く） コ 自動排泄処理装置	サ 腰掛便座 シ 自動排泄処理装置の交換可能部品 ス 排泄予測支援機器 セ 入浴補助用具 ソ 簡易浴槽 タ 移動用リフトのつり具の部分