

様式第1号（表面）

新宮町小児・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

新宮町長 様

申請者 住所

氏名

(電話番号)

新宮町小児・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。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名		年齢	歳
住所	☐ 申請者と同じ（住所記載不要） 〒 糟屋郡新宮町 TEL ()		
☐ 支援事業の利用決定に当たり、新宮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・閲覧することに同意します。			

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	該当するサービス内容に○印を付けてください。 1 訪問介護 （1）身体介護に関すること 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 （2）生活援助に関すること ① 調理 ② 生活必需品の買い物 ③ 衣類の洗濯、補修 ④ 住居等の清掃、整理整頓 ⑤ その他必要な家事 （3）通院等乗降介助に関すること ① 通院、交通や公共機関の利用等の援助 ② その他 2 訪問入浴介護 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） 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）	
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 []	

上記の利用予定者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。

年 月 日

医療機関名

医 師 名 印

※ 介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。

様式第 1 号（裏面）

福祉用具貸与・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（起き上がり補助装置を含む）
- オ 手すり
- 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 認知症老人徘徊感知機器
- コ 移動用リフト（つり具の部分を除く。階段移動用リフトを含む）
- サ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く）
- シ 腰掛便座
- ス 入浴補助用具
- セ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- ソ 簡易浴槽
- タ 移動用リフトのつり具の部分
- チ 介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号）第 8 条第 1 2 項及び同法第 8 条第 1 3 項の厚生労働大臣が定めるもの