

様式第1号（表面）

新宮町若年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 )

新宮町若年者在宅療養生活支援事業の利用について、下記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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 糟屋郡新宮町  TEL ( )		
<input type="checkbox"/> 支援事業の利用決定にあたり、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 (4) 訪問入浴		
	2 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)		
3 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 福祉用具貸与	{	}
	3 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 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）
- コ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く）
- サ 腰掛便座
- シ 入浴補助用具
- ス 自動排泄処理装置の交換可能部品
- セ 簡易浴槽
- ソ 移動用リフトのつり具の部分

新宮町若年者在宅療養生活支援事業利用決定通知書

年 月 日

様

新宮町長

年 月 日付けで申請された新宮町若年者在宅療養生活支援事業につきまして、下記のとおり利用を決定しましたので通知します。

なお、住所変更等申請内容に変更が生じた場合は、速やかにその旨を届け出てください。

記

1 利用開始日 年 月 日

2 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	糟屋郡新宮町		

様式第3号

新宮町若年者在宅療養生活支援事業利用不承認通知書

年 月 日

様

新宮町長

年 月 日付けで申請された新宮町若年者在宅療養生活支援事業につきまして、下記のとおり利用不承認としましたので通知します。

記

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	糟屋郡新宮町		
(理由)			

新宮町若年者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）届

年 月 日

新宮町長 様

申請者 住所

氏名

(電話番号 )

年 月 日付けで提出した新宮町若年者在宅療養生活支援事業利用申請書について、申請内容に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

1 変更区分 ( 廃止 ・ 変更 )

※変更の場合は、2もご記入ください。

2 変更内容 (変更箇所のみを記載してください。)

ふりがな			
利用者 氏名 (甲)		生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 糟屋郡新宮町 TEL ( )		
その他 ( )			

様式第5号

新宮町若年者在宅療養生活支援事業利用取消（中止）通知書

年 月 日

様

新宮町長

年 月 日付けで申請された新宮町若年者在宅療養生活支援事業（の変更）  
について、下記の理由により、取り消す（中止する）こととしましたので通知します。

記

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
(理由)			

新宮町若年者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

新宮町長 様

申請者 住所  
氏名 印  
(電話番号)

裏面のとおり、新宮町若年者在宅療養生活支援事業のサービスを利用したので、新宮町若年者在宅療養生活支援事業実施要綱第 11 条の規定により請求します。

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

(振込先金融機関)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所
預金種別	1 : 普通      2 : 当座      3 : 貯蓄	
口座番号 (右づめでお願いします)		
フリガナ		
口座名義		

- ※ 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- ※ 請求金額は、領収書の金額の 9 割相当額を記入してください。

様式第6-1号（裏面）

実施サービス（他の事業において、同様のサービスの利用を受けることができないもののみを計上すること。例：障がい福祉サービスなど）

実施日	サービス内容	支払い総額(A) 領収書から転記	個人負担相当分 (B=Aの×0.1)	事業対象経費 (A-B)
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
合計				

※ この表への記載が困難な場合は、明細の分かる別紙（様式は任意）を添付してください。  
（Bの額は、1円未満切り捨て）



新宮町若年者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

新宮町長 様

事業所名  
代表者氏名  
連絡先 (電話番号) 印  
担当者氏名

裏面のとおり、新宮町若年者在宅療養生活支援事業のサービスを提供したので、新宮町若年者在宅療養生活支援事業実施要綱第 11 条の規定により請求します。

- 1 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円  
2 助成対象者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

(振込先金融機関)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所	
預金種別	1 : 普通	2 : 当座	3 : 貯蓄
口座番号 (右づめでお願いします)			
フリガナ			
口座名義			

※自己負担額は、サービス利用料の 100 分の 10 に相当する額とし、1 円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。

様式第6-2号(裏面)

実施サービス(他の事業において、同様のサービスの利用を受けることができないもののみを計上すること。例：障害福祉サービスなど)

実施日	実施したサービス	総額(A)	申請者負担分(B)	差額(A)-(B)	利用者確認欄
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
合計					

※※ この表への記載が困難な場合は、明細の分かる別紙(様式は任意)を添付してください。