第３号様式

富士宮市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年　　月　　日

富士宮市長　様

申請者　住　所
氏　名
（電話番号　　）

下記のとおり、小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業を利用したいので申請します。

記

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>利用者氏名</td><td></td><td>年　　齢</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">家族構成</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="3">病院名　　電話番号
医師名</td></tr>
<tr><td>利用開始予定日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="3">＊該当するサービス内容に○印をつけて下さい
■身体介助に関すること
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
■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
■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（　　）
■訪問入浴介護
■福祉用具貸与（※）（　　）
■福祉用具購入（※）（　　）
（※ 助成対象は、利用時の年齢が 20 歳から 40 歳未満の方です。ただし、利用時の年齢が 0 歳から 20 歳未満で、小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業の補助を受けていない方は、本事業の助成を受けることができます。）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="3">訪問介護（　　）、訪問入浴介護（　　）
福祉用具貸与・購入（　　）</td></tr>
<tr><td>公的制度受給状況</td><td colspan="3">小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助　　（有・無）</td></tr>
</table>

＊　医師の意見書（第４号様式）を添付してください。