様式第１号（第５条関係）

年　月　日

高知市長　　　　　　様

申請者　住所

氏名

生年月日

電話番号

助成対象者との関係

高知市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

　高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第５条の規定により，関係書類を添えて下記のとおり利用を申請します。また，高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第４条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象者 | ※　代理人による申請をする場合のみ，次の欄に助成対象者の住所氏名等を記入してください。 |
| 住所 | ※ |
| ふりがな | ※ |
| 氏名 | ※ |
| 生年月日 | ※　　　　 年　　月　　日 | 電話番号 | ※ |
| 利用開始予定日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| サービス名称 | 申請時点で利用したいサービスすべてに☑をしてください。 |
| □ 訪問介護 |
| □ 訪問入浴介護 |
| □ 福祉用具貸与 |
|  | 品目 | □ 車椅子□ 車椅子付属品（電源補助装置等）□ 特殊寝台□ 特殊寝台付属品（サイドレール等）□ 床ずれ防止用具□ 体位変換器 | □ 手すり（工事を伴わないもの）□ スロープ（工事を伴わないもの）□ 歩行器□ 歩行補助杖□ 移動用リフト（つり具の部分を除く）□ 自動排泄処理装置 |
| □ | 福祉用具購入 |  |
|  | 品目 | □腰掛便座□自動排泄処理装置の交換可能部品□移動用リフトのつり具の部分 | □簡易浴槽□排泄予測支援機器□入浴補助用具 |
| 生活保護の受給（該当する項目に☑をしてください。） | □ 有　・　□ 無 |
| ≪誓約事項≫以下の項目について確認の上，☑をしてください。□　助成対象者は，他の事業において，同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。また，助成対象サービスの利用決定等に当たり，高知市が住民登録及び他の制度の利用状況について，関係機関に照会し，必要な資料を閲覧することに同意します。 |
| 添付書類 | □　医師の意見書（様式第２号） |
| その他特記事項 |  |