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 | | | | |  | | |