

[様式第1号]

若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

加古川市長 様

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

(メールアドレス )

下記のとおり、加古川市若年者在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので、申請します。

記

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
利用者氏名						
住 所	〒 電話番号 ( )					
緊急連絡先	氏 名	住 所	電話番号			
			( )			
主 治 医	医療機関名称					
	医師名	電話番号 ( )				
サービス内容	*該当するサービス内容に○印をつけてください。 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 ①車いす ②特殊寝台 ③その他 ( )					
<input type="checkbox"/> 利用者の身体状況等について、加古川市が医師の意見を求めることに同意します。						
助成金請求代理人	氏 名		利用者との続柄		生年月日	
	住 所					
そ の 他	生活保護の受給 ( 有 ・ 無 )					

\*若年者在宅ターミナルケア支援事業意見書〔様式第2号〕又は「がん末期」であることが確認できる書類を添付してください。