

若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

記入例

申請日（提出日）をご記入ください。

年 月 日

加古川市長 様

申請者 住 所

ご家族の方（親族）が申請者になります。

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。

サービスを利用される方をご記入ください。

記

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
利用者氏名						
住 所	連絡の取れるご家族の方をご記入ください。			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。					
<input type="checkbox"/> ヘチェック/してください。	1 訪問介護	1、2、3のすべてを○で囲ってください。				
	(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（	申請者以外の方が請求される場合のみ ご記入ください（親族の方）。			
<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 ）		有・無のいずれかに○をご記入ください。		

\*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。