

様式第1号（第5条関係）

加東市若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

加東市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

下記のとおり、加東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、加東市若年者在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第5条第1項の規定により申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保管する個人情報を閲覧し、利用者が末期がん患者であることを確認できる書類を作成した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

利用者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏名			年齢	歳
				性別	男 ・ 女
	住所			生活保護の受給	有 ・ 無
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先）	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
利用開始予定日	年 月 日				
サービスの内容（該当するサービス内容に☑をつけてください。）					
(1)身体介護に関すること <input type="checkbox"/> 身体の清潔の保持等の援助 <input type="checkbox"/> その他必要な身体の介護 (2)生活の援助に関すること <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 住居等の清掃、整理整頓 <input type="checkbox"/> その他必要な家事 (3)通院等乗降介助に関すること <input type="checkbox"/> 通院、交通や公共機関の利用等の援助 <input type="checkbox"/> その他（ ） (4)相談・助言その他日常生活の世話に必要なものに関すること <input type="checkbox"/> 生活、介護等に関する相談、助言 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与					

【添付書類】 利用者が末期がん患者であることを確認できる書類
 被保護世帯であることを証する書類（被保護世帯の場合）