

北谷町長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

関係書類を添えて次のとおり若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用を申請します。

なお、次のことについて同意します。

北谷町が事業実施に関し必要な情報（住民基本台帳、税情報等の公簿）を閲覧すること。

北谷町から医療機関に対し治療内容を照会すること。

北谷町から対象サービス提供者に対し対象サービス提供内容について照会すること。

北谷町から県に対し、町が助成した実績にかかる情報を提供すること。

1 対象者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
2 家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考 (連絡先等)
3 受任者	当該対象者は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る一切の手続きを下記の者に委任します。			
	ふりがな		対象者との 関係	
	氏 名			
	住 所	□対象者と同じ		
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
上記委任の件について、承諾しました。 受任者 (自署)				

(裏)

4 確認事項	<input type="checkbox"/> 他の制度（障害者総合支援法、児童福祉法等）において、支援事業と同等の補助等を受けていない。 (確認の上、相違なければ、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)					
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の意見書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 対象者の現住所及び生年月日が確認できる書類(マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。ただし、北谷町で確認が可能な場合は省略できるものとする。) <input type="checkbox"/> 受任者の本人確認書類及び対象者との関係が分かる書類					
6 主治医	病院名	医師名	電話番号			
7 利用開始 予定日	年 月 日					
8 利用サービス	(1) 訪問介護 事業者名 () ①身体介護（利用サービスに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 排泄・食事介助 <input type="checkbox"/> 清拭・入浴、身体整容 <input type="checkbox"/> 体位変換・移動・外出介助等 <input type="checkbox"/> 起床及び就寝介助 <input type="checkbox"/> 服薬介助 <input type="checkbox"/> その他 () ②生活援助（利用サービスに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り ③通院等乗降介助（利用サービスに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助 <input type="checkbox"/> 通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助					
	(2) 訪問入浴介護 事業者名 () (3) 福祉用具貸与 事業者名 () 貸与種目 () (4) 特定福祉用具販売 事業者名 () 購入種目 ()					
9 振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金 種別	普通 当座 その他	
	口座名義	※カタカナで記載。申請者または受任者の口座 であること。		口座番号		