様式第１号（第５条関係）

中種子町若年末期がん患者に対する療養支援事業利用申請書

年　　月　　日

中種子町長　　様

申請者　住　所

氏　名　　㊞

（電話番号　　）

下記のとおり，中種子町若年末期がん患者に対する療養支援事業を利用したいので，申請します。

記

<table>
<tr><td>ふりがな
利用者氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年　齢</td><td>歳</td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒
TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">家族構成</td><td>氏　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td colspan="2">備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主　治　医</td><td colspan="5">病院名　　電話番号
医師名</td></tr>
<tr><td>利用開始予定日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>認定書類</td><td colspan="5">医師の意見書等に係る費用　　【有（　　円）・無】</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="5"><u>＊該当するサービス内容に○印をつけて下さい</u>
■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
■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
■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（　　）
■訪問入浴介護
■福祉用具貸与（　　）
■福祉用具購入（　　）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="5">訪問介護（　　），訪問入浴介護（　　）
福祉用具貸与・購入（　　）</td></tr>
<tr><td>公的制度受給状況</td><td colspan="5">障害者手帳　（有・無）　小児慢性特定疾病医療費助成　（有・無）</td></tr>
</table>

＊　「末期がん」であることが確認できる医師の意見書（様式例２）等を添付してください。