

川口市AYA世代がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（あて先）川口市長

申請者 住所
氏名

（利用者との続柄 ）

（電話番号 ）

川口市AYA世代がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名（甲）		年齢	歳
住所	〒 TEL ()		
主治医	医療機関名 TEL () 主治医氏名		
住民基本 台帳による 調査	川口市AYA世代がん患者在宅療養支援事業の対象者であることを確認するため、 利用者の住所及び生年月日について、川口市が住民基本台帳により確認することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
生活保護 の受給	有 ・ 無		
	<有の場合>助成金の額を算定するため、生活保護の受給状況について、川口市が 確認することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
川口市AYA世代がん患者在宅療養支援事業の対象者であることを確認するため、当該事業 と同等の助成又は給付を行う他の制度における認定状況について、川口市が確認することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません			
甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に川口市AYA世代がん患者在宅療養支 援事業にかかる一切の権限を委任します。			
受任者 (乙)	氏名	利用者との続柄	

上記委任の件について、承諾しました。

受任者 _____

※甲死亡時に乙が指定されていない場合、甲死亡の時点をもって支援事業に係る手続きは行えないもの
とします。

（裏面もご記入ください）

<p>利用予定サービス等</p>	<p>※利用を予定しているサービス等に○印をつけてください。（申請時点）</p> <p>1 訪問介護 (1) 身体介護 (2) 生活援助 (3) 通院等乗降介護</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与 (1) 車いす (2) 車いす付属品 (3) 特殊寝台 (4) 特殊寝台付属品 (5) 床ずれ防止用具 (6) 体位変換機 (7) 手すり (8) スロープ (9) 歩行器 (10) 歩行補助つえ (11) 移動用リフト（つり具の部分を除く。） (12) 自動排泄処理装置</p> <p>4 福祉用具購入 (1) 腰掛便座 (2) 自動排泄処理装置の交換可能部品 (3) 入浴補助用具 (4) 簡易浴槽 (5) 移動用リフトのつり具の部分 (6) スロープ (7) 歩行器 (8) 歩行補助つえ</p>
<p>利用予定金額</p>	<p>訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与</p> <p style="text-align: center;">_____ 円/月</p> <p>福祉用具購入</p> <p style="text-align: center;">_____ 円</p>