

様式第1号（第7条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号 印

下記のとおり、在宅療養生活支援事業を利用したいので助成を申請します。なお、熱海市が当該事業の利用の可否を決定するために必要な公簿の閲覧又は熱海市から医療機関及び事業所への照会について同意します。

ふりがな				生年月日	年 月 日
利用者氏名				年 齢	歳
住 所	電話番号				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備考（連絡先）	
主 治 医	医療機関名		電話番号		
	医師名				
利用開始日	年 月 日				
サービス内容	該当するサービス内容に○印を付けてください。 ■身体介護に関すること 1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護 ■生活援助に関すること 1 調理 2 生活必需品の買物 3 衣類の洗濯又は補修 4 住居等の清掃及び整理整頓 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、公共交通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（ ）				
事業所名	訪問介護（ ） 訪問入浴介護（ ） 福祉用具貸与・購入（ ）				
他の公的制度の受給の有無	有・無（ ）				