記入例

様式第２号（第５条関係）

（表）

鴻巣市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

令和　〇年　　〇月　　〇日

※利用者と申請者は基本同じお名前でご記入ください。
※裏面にも記載をお願いします。

申請者

住　　所　**鴻巣市中央２－１**
氏　　名　**鴻巣　ひな子**
（利用者との続柄　　**本人**　）
電話番号　**048-543-1561**

鴻巣市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。また、鴻巣市若年がん患者在宅療養支援事業の利用決定に当たり、市が利用者の住民基本台帳及び市税の滞納の有無について確認を行うこと並びに身体状況等について医師の意見を求めることに同意します。

ふりがな	**こうのす　ひなこ**	生年月日	**平成〇年　〇月　〇日** （　　**３０歳**）
利用者氏名	**鴻巣　ひな子**		
住　　所	〒**365-0032** 鴻巣市**中央２－１** 電話番号　　**〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇**		
主治医	医療機関名　**〇〇法人　〇〇病院** 医師名　**〇〇　〇〇** 電話番号　**〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇**		
他制度における同等の助成又は給付の利用 ☑無 ☐有（　　）			
利用開始日（予定日）　　**令和　〇年　　〇月　　〇日**			

※この制度以外の公的な制度を利用されている場合は、利用できません。
（裏面も記入してください。）

（裏）

利用する予定の在宅療養サービス等	※利用を予定している在宅療養サービス等に○をつけてください。 1　訪問介護 2　訪問入浴介護 3　福祉用具の貸与 (1)　車椅子 (2)　車椅子附属品 (3)　特殊寝台 (4)　特殊寝台附属品 (5)　床ずれ防止用具 (6)　体位変換器 (7)　手すり（工事を伴わないものに限る。） (8)　スロープ（工事を伴わないものに限る。） (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 4　福祉用具の購入 (1)　腰掛便座 (2)　自動排泄処理装置の交換可能部品 (3)　排泄予測支援機器 (4)　入浴補助用具 (5)　簡易浴槽 (6)　移動用リフトのつり具