

前橋市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書兼誓約書

年 月 日

前橋市長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

前橋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。なお、市が本申請に係り、住民基本台帳、治療内容、サービス利用内容に関して、関係機関へ照会することに同意します。また、私は、暴力団等の反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者ではないことを誓約します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒 TEL ()		
利用開始 予 定 日	年 月 日		〔 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等サービスを利用する場合は、初回面談日を利用開始日とする。 〕	
公的制度 受給状況	障害者手帳	有 ・ 無		該当する方に○印を付けてください。
	小児慢性特定疾病医療費助成	有 ・ 無		
≪誓約事項≫ 次の内容を確認の上、チェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 利用者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。 <input type="checkbox"/> 利用者は、入院期間中、本事業のサービスを利用しないことを誓約します。				

* 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。

【利用可能サービス一覧】

訪問介護	身体介護	生活援助	通院等乗降介助
訪問入浴介護			
介護支援専門員による事業所の紹介・調整等			
福祉用具貸与(※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外)			
・手すり（工事を伴わないもの） ・スロープ（工事を伴わないもの） ・車いす 車いす付属品 ・歩行器 ・歩行補助つえ ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト（つり具を除く。） ・自動排泄処理装置			
福祉用具購入(※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外)			
・腰掛便座 ・簡易浴槽 ・自動排泄処理装置の交換可能部品 ・移動用リフトのつり具の部分 ・入浴補助用具			