

第1号様式（第6条関係）

沼津市小児・若年がん患者在宅療養生活費助成金支給申請書

年 月 日

（宛先）沼津市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記の者について助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|------------|------|------------|------------|--|----------------|--------------|------|-------------|------------|---------------|------------|--|---------------------|-----------|
| ふりがな | | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | | |
| 対象者氏名 | | | | 年齢 | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 電話 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家 族 構 成 | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 備 考 (連絡先等) | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主 治 医 | 医療機関名 | | | 電話 | | | | | | | | | | | | |
| | 医 師 名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始予定日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス内容 | <p>該当するサービス内容に○をつけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体介護に関すること <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 身体の清潔の保持等の援助</td> <td style="width: 50%;">2 その他必要な身体介護</td> </tr> </table> ・ 生活援助に関すること <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 調理</td> <td style="width: 33%;">2 生活必需品の買い物</td> <td style="width: 33%;">3 衣類の洗濯、補修</td> </tr> <tr> <td>4 住居等の清掃、整理整頓</td> <td colspan="2">5 その他必要な家事</td> </tr> </table> ・ 通院等乗降介助に関すること <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">1 通院、交通や公共機関の利用等の援助</td> <td style="width: 40%;">2 その他 ()</td> </tr> </table> ・ 訪問入浴介護 ・ 福祉用具貸与 () ・ 福祉用具購入 () | | | | | | 1 身体の清潔の保持等の援助 | 2 その他必要な身体介護 | 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 | | 1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 | 2 その他 () |
| 1 身体の清潔の保持等の援助 | 2 その他必要な身体介護 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 | 2 その他 () | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用事業所名 | 訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与・購入 () | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公的制度受給状況 | 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助 | | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | |
| | その他公的制度の受給 | | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | | | |

助成の可否を決定するため、必要な公簿の閲覧並びに医療機関及びサービス提供事業所に対する照会について同意します。

対象者氏名
※署名又は記名押印