

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