

長岡京市長 宛

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

長岡京市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用申請書

長岡京市若年がん患者在宅療養支援助成事業の利用について、長岡京市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては次のとおりです。(□にチェック☑をしてください。)

- この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について長岡京市が閲覧・照会することに同意します。
- 医師に治療内容を照会することに同意します。
- 対象サービスを提供する指定事業者に内容を照会することに同意します。
- 申請に係る対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- 申請にあたっては長岡京市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱の内容を遵守します。

対象者 (甲)	ふりがな		生年 月日	昭和	平成	令和	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年	月	日	
	住 所	〒 _____					
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
<p>甲は、民法第653条第1項の規定に関わらず、乙に長岡京市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る一切の手続きを委任します。</p> <p>※ 受任者を指定いただくことで、助成対象者本人が手続きを行うことが困難な場合も、受任者が代理として請求等の手続きを行うことができます。</p>							
受任者 (乙)	ふりがな		生年 月日	大正	昭和	平成	令和
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年	月	日	
	住 所	〒 _____		対象者との 関係			
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
<p>上記委任の件について、承諾しました。 受任者(自署)</p>							

《添付書類》

- 本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード、資格確認証 等)
 - ※ 申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要
 - ※ 法定代理人が申請する場合は、申請時に法定代理人の本人確認書類の提示(郵送申請の場合には写しを添付)が必要です。
- 長岡京市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る意見書(第2号様式)

第1号様式(裏面)(第5条関係)

サービス内容	利用したいサービスの番号に○印をつけてください。 1 訪問介護 (1) 身体介護に関すること ① 身体の清潔の保持等の援助 ②その他必要な身体の介護 (2) 生活援助に関すること 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 (3) 通院等乗降介助に関すること ① 通院、交通や公共機関の利用等の援助 ②その他 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与(下記表の該当するものに○印をつけてください) 4 福祉用具購入(下記表の該当するものに○印をつけてください)
利用予定事業所 (申請時点)	1 訪問介護 () 2 訪問入浴介護 () 3 福祉用具貸与 () 4 福祉用具購入 ()
利用開始(予定)日	年 月 日

福祉用具の貸与・購入(該当するものに○印をつけてください)

福祉用具の貸与		福祉用具の購入	
	車いす(付属品含む)		腰掛便座
	特殊寝台(付属品含む)		自動排泄処理装置の交換可能部品
	床ずれ防止用具		排泄予測支援機器
	体位変換器		入浴補助用具
	手すり(工事を伴わないもの)		簡易浴槽
	スロープ(工事を伴わないもの)		移動用リフトのつり具の部分
	歩行器		
	歩行補助つえ		
	徘徊感知機器		
	移動用リフト(つり具の部分を除く)		
	自動排泄処理装置		