様式第１号（第４条関係）

表面

　年　　月　　日

若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

千代田町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　千代田町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付ついて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 助成対象者 |  |
| 年齢 | 　　　歳 | 性別 | 男・女 |
| 住　　 所 | 電話番号　　　 |
| 家族構成 | 氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 備考（連絡先等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| サービス内　　　容 | ＊該当する番号およびサービス内容に○印およびチェック☑をつけて下さい**１　訪問介護*** 身体介護　　　　　　□ 生活援助　　　　　□ 通院等乗降介助

**２　訪問入浴介助****３　福祉用具貸与**□ 手すり　　　　　　　　　　　　　□ スロープ（工事を伴わないもの）　□ 車いす　　　　　　　　　　　　　□ 車いす付属品　□ 特殊寝台　　　　　　　　　　　　□ 特殊寝台付属品　　□ 床ずれ防止用具　　　　　　　　　□ 体位変換器　□ 歩行器　　　　　　　　　　　　　□ 歩行補助つえ□ 移動用リフト（つり具を除く）　　□ 自動排泄処理装置**４　福祉用具購入**　　　　　　　　　）□ 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　　　　　　　**５　ケアマネージャーによるマネジメント** |
| そ　の　他 | 生活保護の受給　　（　有　・　無　） |
| 委　　　任 | 本人が請求できない場合の委任代理人の選定 |
| 代理人氏名 | 本人との続柄： |
| 請求額 | 　 月分 | 　　　　　円 | 　 月分 | 　　　　　 円 | 月分 | 　　　　　　円 |
| 　　月分 | 　　　　　円 | 　　月分 | 　　　　 　円 | 　　月分 | 　　　　　　円 |
| 請求額合計 | 円（サービス利用料の９割で上限月額５万円とする） |

※医師の意見書（様式第２号）を添付してください。医師の意見書の作成経費は、この助成の対象外です。

**※太枠内は申請時に記入していただきます。**

【月別利用明細】

裏面

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | 利用月 | 利用回数 | 所要額 | 利用月 | 利用回数 | 所要額 |
| 身体介護 | 月分 | 回 | 円 | 月分 | 回 | 円 |
| 生活援助 | 回 | 　　円 | 回 | 　　円 |
| 通院等乗降介助 | 回 | 　　　円 | 回 | 　　　円 |
| 福祉用具貸与 | 日 | 　　　　円 | 日 | 　　　　円 |
| 福祉用具購入 | ― | 円 | ― | 円 |
| ケアマネジメント |  | 円 |  | 円 |
| 計 |  | 　　回 | 　円 |  | 　　回 | 　円 |
| 身体介護 | 月分 | 回 | 円 | 月分 | 回 | 円 |
| 生活援助 | 回 | 　　　円 | 回 | 　　　円 |
| 通院等乗降介助 | 回 | 　　　円 | 回 | 　　　円 |
| 福祉用具貸与 | 日 | 　　　円 | 日 | 　　　円 |
| 福祉用具購入 | ― | 円 | ― | 円 |
| ケアマネジメント | 回 | 円 | 回 | 円 |
| 計 |  | 　　回 | 円 |  | 　　回 | 円 |
| 身体介護 | 月分　 | 回 | 円 | 月分 | 回 | 円 |
| 生活援助 | 回 | 　　円 | 回 | 　　円 |
| 通院等乗降介助 | 回 | 　　　円 | 回 | 　　　円 |
| 福祉用具貸与 | 日 | 　　　円 | 日 | 　　　円 |
| 福祉用具購入 | ― | 円 | ― | 円 |
| ケアマネジメント | 回 | 円 | 回 | 円 |
| 計 |  | 　回 | 　　円 |  | 　回 | 　　円 |

【合計】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス区分 | 利用回数 | 所要額 |
| 身体介護 | 回 | 円 |
| 生活援助 | 回 | 　　円 |
| 通院等乗降介助 | 回 | 　　　円 |
| 福祉用具貸与 | 日 | 　　　　円 |
| 福祉用具購入 | ― | 円 |
| ケアマネジメント |  | 円 |
| 計 | 　　回 | 　円 |

＊複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。