

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 _____ ⑩

電話番号 _____

若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付について、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	_____					
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）		
サ ー ビ ス 内 容	<p>*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</p> <p>1 訪問介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助</p> <p>2 訪問入浴介助</p> <p>3 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置</p> <p>4 福祉用具購入) <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具</p> <p>5 ケアマネージャーによるマネジメント</p>					
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】

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。