

伊豆市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

伊豆市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号 ())

下記のとおり、伊豆市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業を利用したいので申請します。

記

ふりがな				生年月日	年 月 日		
利用者氏名				年 齢	歳		
住 所	〒 TEL ()						
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考 (連絡先等)			
主 治 医	病院名			電話番号			
	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○印をつけて下さい</p> <p>■身体介護に関すること</p> <p>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</p> <p>■生活援助に関すること</p> <p>1 調理 2 生活必需品の買い物 3 衣類の洗濯、補修</p> <p>4 住居等の清掃、整理整頓 5 その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること</p> <p>1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他()</p> <p>■訪問入浴介護</p> <p>■福祉用具貸与(※)()</p> <p>■福祉用具購入(※)()</p> <p>(※ 補助対象は、利用時の年齢が 20 歳から 40 歳未満の方です。ただし、利用時の年齢が 0 歳から 20 歳未満で、小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業の補助を受けていない方は、本事業の補助を受けることができません。)</p>						
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)						
振 込 先	金融機関名	(銀行・金庫・信用組合・農協)				(本店・支店・出張所)	
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナ)				
	口座番号						

* 住民票を添付してください。(発行から 3 か月以内であり、個人番号 (マイナンバー) の記載のないもの。対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること (続柄) が分かるもの。
* 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

ふりがな		生年	年 月 日生
氏 名		月日	(歳)
住 所			
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、伊豆市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要領第3条第2号に掲げる要件に該当し、がんにより介護サービスを利用し得る状態であると判断できる。</p> <p style="text-align: center;">伊豆市長 宛</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医 師 名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(医師が署名又は記名押印してください。)</p>			

参考 (伊豆市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要領)

(対象者)

第4条 本事業の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 静岡県内（静岡市、浜松市の区域を除く）に住所を有する者
- (2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師に一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された者）であること
- (3) 対象サービス利用時に、40歳未満であること