

様式第 1 号（第 6 条関係）

A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業補助金利用申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄・関係：)
電話番号

ふじみ野市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第 6 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、申請に当たり、ふじみ野市が利用者の住民登録、他制度の利用状況等必要な事項について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

ふりがな		生年月日
利用者氏名 (甲)		年齢 歳
		性別 男 ・ 女
住 所	電話番号	
主治医	医療機関名	
	主治医氏名	電話番号
甲は、民法第 6 5 3 条第 1 号の規定に関わらず、乙にふじみ野市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業に係る一切の権利を委任します。		
受任者 (乙)	氏名	生年月日
	住所	利用者との続柄・関係
	電話番号	
上記の件について、承認しました。 受任者（自署）		

申請時点で、利用を予定しているサービス等に○印をつけてください。

1 訪問介護

- (1) 身体介護 (2) 生活援助 (3) 通院等乗降介助

2 訪問入浴介護

3 福祉用具の貸与

- (1) 車いす（附属品含む） (2) 特殊寝台（附属品含む）
(3) 床ずれ防止用具 (4) 体位変換器 (5) 手すり
(6) スロープ (7) 歩行器 (8) 歩行補助つえ
(9) 移動用リフト（つり具の部分を除く） (10) 自動排泄処理装置

4 福祉用具の購入

- (1) 腰掛便座 (2) 入浴補助用具
(3) 自動排泄処理装置の交換可能部品 (4) 簡易浴槽
(5) 移動用リフトのつり具の部分

5 意見書の作成

利用予定金額

訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具の貸与

_____円（1か月当たり、上限7万2千円）

福祉用具の購入

_____円（1人当たり1回限り、上限9万円）

意見書の作成

_____円（1人当たり1回限り、上限5千円）

※添付資料 意見書（様式第2号）