

蕨市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援補助金交付申請書

年 月 日

蕨市長 あて

提出者 住 所

氏 名
(申請者との続柄)
電話番号

蕨市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援補助金の交付について、次のとおり申請します。また、この補助金の交付決定について必要な事項に関し、市が世帯の生活保護受給状況及び小児慢性特定疾病医療給付制度の認定状況の確認をすることに同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
申 請 者 氏 名 (甲)	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	年 齢	歳
		性 別	
住 所	〒 TEL ()		
主 治 医	医療機関名 TEL () 主治医氏名		
甲は、民法第 6 5 3 条第 1 号の規定に関わらず、乙に蕨市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援補助金交付申請にかかる一切の権限を委任します。			
受任者 (乙)	氏名	生年 月日	年 月 日
	住所〒 TEL ()		甲との続柄

上記委任の件について、承諾しました。

受任者（自署）

(裏面もご記入ください)

(裏)

利用予定サービス等	<p>※利用を予定しているサービス等に○印をつけてください。(申請時点)</p> <p>1 訪問介護</p> <p>(1) 身体介護</p> <p>(2) 生活援助</p> <p>(3) 通院等乗降介助</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与</p> <p>(1) 車椅子</p> <p>(2) 車椅子付属品</p> <p>(3) 特殊寝台</p> <p>(4) 特殊寝台付属品</p> <p>(5) 床ずれ防止用具</p> <p>(6) 体位変換機</p> <p>(7) 手すり</p> <p>(8) スロープ</p> <p>(9) 歩行器</p> <p>(10) 歩行補助杖</p> <p>(11) 移動用リフト (つり具の部分を除く。)</p> <p>(12) 自動排泄処理装置</p> <p>4 福祉用具購入</p> <p>(1) 腰掛便座</p> <p>(2) 自動排泄処理装置の交換可能部品</p> <p>(3) 入浴補助用具</p> <p>(4) 簡易浴槽</p> <p>(5) 移動用リフトのつり具の部分</p>
利用予定金額	<p>訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与</p> <p>_____ 円／月</p> <p>福祉用具購入</p> <p>_____ 円</p>