第１号様式（第４条関係）

霧島市若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

　　年　　月　　日

霧島市長　　　　　　　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

　下記のとおり、霧島市若年者の在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので、同意事項に同意の上、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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　（　　　） |
| 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 |
| 認定書類 | 医師の意見書等に係る費用　　　【　有（　　　　　　円）　・　無　】 |
| サービス内 容 | ＊該当するサービス内容に○印をつけてください■ 身体介護に関すること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■ 生活援助に関すること１ 調理　　　２ 生活必需品の買い物　　　３ 衣類の洗濯、補修４ 住居等の清掃、整理整頓　　　５ その他必要な家事■ 通院等乗降介助に関すること１ 通院、交通や公共機関の利用等の援助　 ２ その他（　　　　　　　　　）　■ 訪問入浴介護　■ 福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　■ 福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所名 | 訪問介護（　　　　　　　　　　　　　）、訪問入浴介護（　　　　　　　　　　　　）福祉用具貸与・購入（　　　　　　　　　　　）障害者手帳　　　　　　　　　　　（有・無）　小児慢性特定疾病医療費助成　　　（有・無）福祉用具 |
| 公的制度受給状況 | 障害者手帳 （ 有・無 ）　　　小児慢性特定疾病医療費助成 （ 有・無 ） |

|  |  |
| --- | --- |
| 同意事項 | 本申請の審査において、住民票、市税、市営住宅の住宅料及び市立保育園の保育料の収納状況を閲覧することに同意します。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市使用欄 | 審査 | 住民票：適・不適 | 市税：適・不適 | 住宅：適・不適 | 保育：適・不適 |
| 決裁 |  |  |  |  |

＊「末期がん」であることが確認できる医師の意見書（第２号様式）等を添付してください。