様式第１号（第４条関係）

伊佐市若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

　　年　　月　　日

伊佐市長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　）

　下記のとおり、伊佐市若年者在宅ターミナルケア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 | ＊該当するサービス内容に○印をつけて下さい  ■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  ■通院等の際の乗降介助に関すること  １　通院又は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（　　　　　　　　　） | | | | |
| 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） | | | | |

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