

清須市若年がん在宅ターミナルケア支援事業助成金交付申請書

清須市長 様

申請者 住 所  
氏 名 (印)  
対象者との続柄  
電話番号 ( )

清須市若年がん在宅ターミナルケア支援事業助成金の交付を受けたいので、清須市若年がん在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

ふりがな				年 月 日
氏 名 (対象者)				(年齢 歳)
住 所	〒 清須市 電話番号 ( )			
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備考(連絡先等)
			年 月 日	
			年 月 日	
主 治 医	病院名 医師名 電話番号 ( )			
利用するサービスの内容	サービスの利用開始(予定)日: 年 月 日 * 該当するサービスの内容に○印をつけて下さい。 1 訪問介護 (1) 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 (2) 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 (3) 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 ( ) 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 (1) 車いす (2) 特殊寝台 (3) その他 ( )			
そ の 他	生活保護の受給 (有・無)		小児慢性特定疾患医療費の受給 (有・無)	
	他の制度における助成又は給付の受給 (有・無)			

備考 申請者が署名する場合は、押印を省略することができます。