

様式第2号（第7条関係）

（表）

寄居町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

令和 6 年 * 月 * * 日

（宛先） 寄居町長

申請者 住所 寄居町大字寄居 1180 番地 1
氏名 寄居 花子 利用者との続柄 母
電話番号 ***-***-***

寄居町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、寄居町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第7条の規定により、次の事項について同意・確認のうえ、必要書類を添えて申請します。

記

利用者 (甲)	フリガナ	ヨリイ タロウ		性別	生年月日		年齢
	氏 名	寄居 太郎 ⑩ ※本人が手書きしない場合は、記名 押印してください。		男 ・ 女	平成 * 年 * 月 * 日	* 歳	
					電話番号	* * * - * * * * - * * * *	
住 所	〒 369-1203 寄居町大字寄居 1180 番地 1 ※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入 電話番号 ()						
主治医	医療機関名 ○○○○病院 主治医氏名 埼玉 一郎 電話番号 * * * (* * *) * * * *						
公的制度 受給状況	生活保護	☐ 有 ☒ 無	障害者手帳	☐ 有 ☒ 無	小児慢性特定疾病 医療費助成	☐ 有 ☒ 無	
同意・確認欄（以下の項目を確認し、チェック欄(□)にレを入れてください） ☒ 補助金の支給を受けるために、町税の納税状況、生活保護の受給状況、障害者サービス利用状況、小児慢性特定疾病医療給付制度の認定状況等について、関係部署により確認及び調査することに同意します。 ☒ 利用者の身体状況等について、町が医師の意見を求めることに同意します。 ☒ 寄居町若年がん患者在宅療養支援事業の利用決定に当たり、対象者の住所、年齢等について、住民基本台帳により町が確認することに同意します。							

民法第643条に基づき申請行為及び請求行為の代理として受任者を設定する場合は、以下の項目を記入してください。

甲は、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に寄居町若年がん患者在宅療養支援事業にかかる一切の権限を委任します。			
受任者 (乙)	氏名 寄居 花子	生年月日	昭和 * 年 * 月 * * 日
	住所 〒369-1203 寄居町大字寄居 1180 番地 1 TEL ***-***-***	利用者との続柄	母
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署） 寄居 花子			

（裏面もご記入ください）

（裏）

利用予定サービス等	※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) 1 訪問介護 (1) 身体介護 (2) 生活援助 (3) 通院等乗降介護 (2) 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 (1) 車いす (2) 車いす付属品 (3) 特殊寝台 (4) 特殊寝台付属品 (5) 床ずれ防止用具 (6) 体位変換器 (7) 手すり (工事を伴わないもの) (8) スロープ (工事を伴わないもの) (9) 歩行器 (10) 歩行補助つえ (11) 移動用リフト (つり具の部分を除く。) (12) 自動排泄処理装置 4 福祉用具購入 (1) 腰掛便座 (2) 自動排泄処理装置の交換可能部品 (3) 排泄予測支援機器 (4) 入浴補助用具 (5) 簡易浴槽 (6) 移動用リフトのつり具の部分
利用開始 (予定)日	令和 6 年 1 0 月 ** 日
利用予定金額	訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与 ***** 円/月 (上限 7 万 2 千円/月) 福祉用具購入 ***** 円 (上限 1 0 万円)
添付書類	☒意見書 (様式第 1 号) ☒本人確認書類 (運転免許証、マイナンバーカード等)

※事務処理欄 (町記入)

申請受理年月日	年 月 日
要件確認	☐ 住所 ☐ 年齢 ☐ 病状 ☐ 公的制度受給
利用予定サービス	
利用予定事業所	