

年 月 日

西原町長 殿

(申請者)(〒 -)
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

西原町若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

関係書類を添えて次のとおり西原町若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用を申請します。
なお、次のことについて同意します。

- ☐ 西原町が事業実施に関し必要な情報(住民基本台帳、税情報等の公簿)を閲覧すること。
- ☐ 西原町から医療機関に対し治療内容を照会すること。
- ☐ 西原町から対象サービス提供者に対し対象サービス提供内容について照会すること。
- ☐ 西原町から県に対し、町が助成した実績に係る情報を提供すること。

助成対象者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
	電話番号			
	生年月日			
世帯構成	氏 名	続柄	生年月日	備考(連絡先等)
受任者	当該助成対象者は、民法第 653 条第 1 号の規定にかかわらず、若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る一切の手続を下記の者に委任します。			
	ふりがな		助成対象者との関係	
	氏 名			
	住 所	□ 助成対象者と同じ		
	電話番号			
	生年月日			
	上記委任の件について、承諾しました。 受任者(自署) _____			

確認事項	☐ 他の制度(障害者総合支援法、児童福祉法等)において、支援事業と同等の補助等を受けていない。 (確認の上、相違なければ、 ☒ を入れてください。)						
添付書類	☐ 医師の意見書(様式第2号) ☐ 現住所及び生年月日が確認できる書類 (マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。ただし、西原町で確認が可能な場合は省略できるものとする。) ☐ 助成金の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店番号がわかる預金通帳の写し ☐ 受任者の本人確認書類及び助成対象者との関係が分かる書類 ☐ その他町長が必要と認める書類						
主治医	病院名		医師名		電話番号		
利用開始予定日	年 月 日						
利用サービス	(1) 訪問介護 事業者名() ① 身体介護(利用サービスに ☒) ☐ 排泄・食事介助 ☐ 清拭・入浴・整容 ☐ 体位変換・移動・外出介助等 ☐ 起床及び就寝介助 ☐ 服薬介助 ☐ その他() ② 生活援助(利用サービスに ☒) ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 調理・配下膳 ☐ 買い物・薬の受け取り ③ 通院等乗降介助(利用サービスに ☒) ☐ 乗車前又は降車後の屋内外における移動等の介助 ☐ 通院先又は外出先での受診等の手続、移動等の介助 (2) 訪問入浴介護 事業者名() (3) 福祉用具貸与 事業者名() 貸与種目() (4) 特定福祉用具販売 事業者名() 購入種目()						
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 当座 その他		
	口座 名義	※カタカナで記載。申請者又は受任者の 口座であること。			口座番号		