

美浜町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用申請書

年 月 日

美浜町長 様

申請者 住所  
氏名(自署)  
電話番号

ふりがな 利用者氏名 (甲)			生年 月日	年 月 日	
				(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: 医師名: 電話番号 ( )				
利用開始 予定日	年 月 日				
対象経費	区分	サービスの内容(該当するものを○で囲んでください)			
	1. 在宅サービス	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・居宅療養管理指導・ 訪問リハビリテーション・夜間対応型訪問介護・その他( )			
	2. 福祉用具の貸与	手すり・スロープ・歩行器・歩行補助つえ・車椅子・ 車椅子付属品・特殊寝台・特殊寝台付属品・体位変換器・ 床ずれ防止用具・自動排せつ処理装置・移動用リフト (つり具の部分を除く)・ その他介護保険で認められるもの ( )			
3. 福祉用具の購入	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・簡易浴槽・ 入浴補助用具・移動用リフトのつり具の部分・排せつ予測支援機器 その他介護保険で認められるもの( )				
受任者 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、乙に本事業に係る補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。				
	氏名(自署)	甲との続柄			
	住所 〒	生年月日 年 月 日			
その他	他の制度や保険における助成又は給付の受給 (有・無)				

※医師による意見書等を添付してください。

※他の公的な制度を利用されている場合は、利用できません。

※1.在宅サービスにおいて「その他」とは町で行っている介護サービスなどと同等の範囲内に該当するもの