

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住所  
氏名  
助成対象者との続柄  
電話番号

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

対象者（甲）	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	
				年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	確認事項	区 分	いずれかに○印		
		小児慢性特定疾病医療費助成の受給	有 ・ 無		
		障害者総合支援法に基づく給付	有 ・ 無		
生活保護の受給		有 ・ 無			
情報の取得・提供	受給資格の審査のため、市が実施する確認事項に係る調査の実施に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません				
	事業の利用に当たり、必要な限度で市（市が委託する相談支援事業所を含む）が関係機関等から対象者の情報を取得すること、又は関係機関等へ提供することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません				
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1項の規定にかかわらず、乙に春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。					
受任者（乙）	上記委任の件について、承諾しました。				
	氏名 (自署)		生年月日	年 月 日	
	住所				
	連絡先				

裏面あり

利用するサービスの番号に○印をつけてください。

区分	サービスの内容
在宅サービス	1 訪問介護 (1) 身体介護中心 (2) 生活援助中心 (3) 通院等乗降介助 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 夜間対応型訪問介護
福祉用具の貸与	1 手すり (工事を伴わないもの) 2 スロープ (工事を伴わないもの) 3 歩行器 4 歩行補助つえ 5 車いす 6 車いす付属品 7 特殊寝台 8 特殊寝台付属品 9 床ずれ防止用具 10 体位変換器 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
福祉用具の購入	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
相談支援	1 サービス提供事業者の紹介