

記入例

第1号様式（第5条関係）

（宛先）春日井市長

申請日を記入してください

令和〇年〇月〇日

申請者 住所 春日井市〇〇町〇-〇
 氏名 〇〇 〇〇
 助成対象者との続柄 〇
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

日中つながる番号を
記入してください

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	〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 □□ □□□ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	〇年 〇月 〇日 (〇歳)		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 春日井市〇〇町〇-〇 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	対象者と申請者が同一でもふりがな、生年月日は記入してください			
	確認事項	区分			いずれかに〇印	
		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 checked="" 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）	〇〇〇 〇〇	生年月日	〇年 〇月 〇日		
	住所	春日井市〇〇〇町〇〇番地〇				
連絡先	000-0000-0000					

支援事業と同等の助成又は給付を受けている場合は助成対象となりません

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 特殊寝台附属品 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