

小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

朝倉市長

申請者 住所
氏名
(電話番号)

朝倉市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名		年齢	歳
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()		
<input type="checkbox"/> 支援事業の利用決定にあたり、朝倉市が住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。			

申請日時点において、利用したいサービスの番号に○印を付けてください。

サービス 内容	該当するサービス内容に○印を付けてください。		
	1 訪問介護 (1) 身体介護に関すること ① 身体の清潔の保持等の援助 ② その他必要な身体の介護 (2) 生活援助に関すること ① 調理 ② 生活必需品の買い物 ③ 衣類の洗濯、補修 ④ 住居等の清掃、整理整頓 ⑤ その他必要な家事 (3) 通院等乗降介助に関すること ① 通院、交通や公共機関の利用等の援助 ② その他 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与（裏面の欄で該当するものに○を付けてください。） 4 福祉用具購入（裏面の欄で該当するものに○を付けてください。）		
利用予定 事業所 (申請日 時点)	1 訪問介護 ()	2 訪問入浴介護 ()	3 福祉用具貸与 ()
	4 福祉用具購入 ()		

福祉用具貸与・購入

- ア 車いす（付属品を含む。）
- イ 特殊寝台（付属品を含む。）
- ウ 床ずれ防止用具
- エ 体位変換器（起き上がり補助装置を含む。）
- オ 手すり（工事を伴わないものに限る。）
- カ スロープ（工事を伴わないものに限る。）
- キ 歩行器
- ク 歩行補助つえ
- ケ 認知症老人徘徊感知機器
- コ 移動用リフト（つり具の部分を除き、階段移動用リフトを含む。）
- サ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）
- シ 腰掛便座
- ス 入浴補助用具
- セ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- ソ 簡易浴槽
- タ 移動用リフトのつり具の部分
- チ その他（介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号）第 8 条第 1 2 項及び第 1 3 項に規定する厚生労働大臣が定めるもの）