様式第２号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

結城市長　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用申請書

　令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の利用について、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、結城市が必要に応じて住民登録、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の需給状況について関係機関に確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 (甲) | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | 年齢 | 　　　　　歳 |
| 住　　所 | 〒結城市電話番号　　　　（　　　　　） |
| 利用開始予定日 | 年　　月　　日 |
| 生活保護費受給の有無 | □有 □無 |
| 障害者総合支援法による給付又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無 | □有 □無 |
| 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号の規定にかかわらず、乙に結城市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる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。 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 利用者との関係 |  |
| 住所　　　　　　　　　　 | 〒電話番号　　　　（　　　　　） |

【添付書類】□ 結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金に係る意見書（様式第１号）

　　　　　　□ 申請者の本人確認書類（マイナンバーカードなど）の写し

※１　現に他の公的な制度を利用している場合は、本事業を利用できません。

２　居宅介護支援の実施に当たり必要となる個人情報を事業者に提供します。

（裏面）

現時点において、利用したいサービスの番号に〇印をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | サービス等の内容 |
| 居宅介護支援 | １　ケアマネジャーの利用 |
| 居宅サービス | 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　訪問リハビリテーション４　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　車椅子６　車椅子付属品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　徘徊感知機器12　移動用リフト（つり具の部分を除く。）13　自動排せつ処理装置 |
| 特定福祉用具の購入 | １　腰掛便座２　自動排せつ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 |

利用予定の事業所があれば記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 利用予定の事業所名称 |
| 居宅サービス |  |
| 福祉用具の貸与 |  |
| 特定福祉用具の購入 |  |

※１　医師の意見書作成に要する経費は、本事業の補助対象となります。

２　領収書や利用したサービスの明細書は、申請の際に必要となります。紛失した場合は、請求できませんので大切に保管してください。