

福津市小児・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

福津市長 殿

申請者 住所

氏名

(電話番号)

福津市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、下記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	〒 □申請者と同じ TEL ()		
□支援事業の利用決定にあたり、福津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	<p>該当するサービス内容に○印を付けてください。</p> <p>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</p> <p>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)</p>
利用予定 事業所 (申請時点)	<p>1 訪問介護 []</p> <p>2 訪問入浴介護 []</p> <p>3 福祉用具貸与 []</p> <p>4 福祉用具購入 []</p>

福祉用具貸与(20歳未満の利用者は除く)

- ア 車いす(付属品含む)
- イ 特殊寝台(付属品含む)
- 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)
- カ スロープ(工事を伴わないもの)
- キ 歩行器
- ク 歩行補助つえ
- ケ 移動用リフト(つり具の部分を除く。階段移動用リフトを含む)
- コ 自動排泄処理装置(レシーバー、チューブ、タンク等を除く)

福祉用具購入(20歳未満の利用者は除く)

- ア 腰掛便座
- イ 入浴補助用具
- ウ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- エ 簡易浴槽
- オ 移動用リフトのつり具の部分