

申請日 年 月 日

豊田市長 様

申 請 者 住 所

氏 名

電話番号

豊田市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

豊田市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、豊田市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

補助対象者 氏名 (甲)	(ふりがな) ☐ 申請者と同じ	生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
住 所	〒 ☐ 申請者と同じ 電話番号 ()		
そ の 他	他の制度における助成又は給付の受給 (有 ・ 無)		

※補助対象者が民法第 643 条に基づき申請行為及び請求行為の代理として受任者を立てる場合は、以下の項目を記入してください。受任者を指定することで、申請行為及び請求行為の手続は受任者が代理として行うこととなります。

甲は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、乙に豊田市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる一切の手続を委任します。

受 任 者 (乙)	上記委任の件について、承諾しました。		
	氏名	生年月日	年 月 日
		続 柄	
	住所	電話番号 固定 () 携帯 ()	

サービスの利用開始（予定）日： 年 月 日

現時点において、利用したいサービスの番号に○印を付けてください。

区分	サービスの内容
在宅サービス	1. 訪問介護（ 身体介護中心 ・ 生活援助中心 ） 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. 定期巡回・随時対応型訪問介護・看護 7. その他（ ）
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 13. その他（ ）
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. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具部分 6. その他（ ）
居宅介護支援	・ケアプラン作成等

<添付書類>

医師による意見書（様式第2号）

<誓約、同意事項> ☐にチェック（☑）を記入してください。

- ☐ 豊田市税について滞納はありません。
- ☐ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条6号に規定する暴力団員若しくは同条第2号に規定する暴力団又はこれらの者と密接な関係はありません。市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。
- ☐ 本支援事業の利用に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧及び市税の収納状況を確認することに同意します。