

（宛先）向日市長

向日市若年がん患者在宅療養助成金交付申請書

向日市若年がん患者在宅療養助成金について、向日市若年がん患者在宅療養助成金交付要綱第 6 条の規定により必要書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては次のとおりです。（□にチェックをしてください。）

- ☐ 助成金の交付に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について向日市が閲覧・照会することに同意します。
- ☐ 医師に治療内容を照会することに同意します。
- ☐ 対象の介護サービスを提供する指定事業者に内容を照会することに同意します。
- ☐ 申請に係る対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ☐ 申請にあたっては向日市若年がん患者在宅療養助成金交付要綱の内容を遵守します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	住 所	〒	対象者との関係	
助成対象者	☐ 申請者と同じ			
	☐ 申請者と異なる 私は、上記申請者を代理人と定め、民法第 653 条第 1 号の規定に関わらず、向日市若年がん患者在宅療養助成金の交付に係る一切の手続を委任します。			
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	住 所	〒		
主治医	氏 名		電話番号	
	医療機関名			

【添付書類】

- ☐ 向日市若年がん患者在宅療養助成金交付申請に係る意見書（第 2 号様式）

様式第1号（裏面）（第6条関係）

助成を受けたい介護サービスの番号に○印をつけてください。

サービス内容	該当する介護サービス内容に○印をつけてください。 (ただし、介護保険法に基づく指定を受けた事業者が提供するサービスに限ります。) 1 訪問介護 (1) 身体介護にすること ① 身体の清潔の保持等の援助 ② その他必要な身体介護 (2) 生活援助にすること 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 (下記ア～サで該当するものに○をつけてください) 4 福祉用具購入 (下記ア～ケで該当するものに○をつけてください)
利用予定事業所 (申請時点)	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 ()
利用開始 (予定) 日	年 月 日

〔福祉用具貸与〕		〔福祉用具購入〕	
ア	車いす（付属品含む）	ア	腰掛便座
イ	特殊寝台（付属品含む）	イ	自動排泄処理装置の交換可能部品
ウ	床ずれ防止用具	ウ	排泄予測支援機器
エ	体位変換器	エ	入浴補助用具
オ	手すり（工事を伴わないもの）	オ	簡易浴槽
カ	スロープ（工事を伴わないもの）	カ	移動用リフトのつり具の部品
キ	歩行器	キ	スロープ
ク	歩行補助つえ	ク	歩行器
ケ	徘徊感知機器	ケ	歩行補助つえ
コ	移動用リフト（つり具の部分を除く）		
サ	自動排泄処理装置		