様式第１号（第５条関係）

薩摩川内市若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

　　年　　月　　日

薩摩川内市長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

下記のとおり、薩摩川内市若年者の在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 利用者氏名 |  |
| 年齢 | 歳 | 性　別 |  |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 家族構成 | 氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 備　考（連絡先等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主治医 | 病院名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号医師名 |
| 利用開始予定日 | 　　年　　月　　日 |
| 認定書類　 | 医師の意見書等に係る費用　【　有（　　　　円）・無　】 |
| サービス内容 | ＊該当するサービス内容に○印をつけてください。■訪問介護・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・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・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（　　　）■訪問入浴介護■福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　）■福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所名 | 訪問介護（　　　　　　　　）訪問入浴介護（　　　　　　　）福祉用具貸与・購入（　　　　　　　　　　　） |
| 公的制度受給状況 | 障害者手帳（ 有 ・ 無 ）小児慢性特定疾病医療費助成（ 有 ・ 無 ） |
| その他 | 生活保護の支給　（ 有 ・ 無 ） |

＊　「末期がん」であることが確認できる医師の意見書（様式第２号）等を添付してください。