第１号様式（第４条関係）

南さつま市若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年　　月　　日

南さつま市長　　　　　　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　）

私は、南さつま市若年者在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。また助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への照会を行うこと及び利用申請書並びに利用決定通知書の写しを鹿児島県知事に提出することに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| (ふりがな) | (生年月日)　　　　　年　　　月　　　日 |
| (利用者氏名) | (年齢) 歳 |
| (住　　所)〒　　　　　　　南さつま市(居 住 地)〒　　　 |
| 家族構成 | 氏　　　　名 | 続　柄 | 生年月日 | 備考（連絡先等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主 治 医 | 病院名 医師名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 申請書類 | 医師の意見書等に係る費用　【　有（　　　　　　円）　・　無　】 |
| サービス内容 | 区　分 | 利用開始(購入)日 | 具体的なサービス内容 | サービス提供事業所 |
| 身体介護 | 年 月 日 |  |  |
| 生活援助 | 年 月 日 |  |  |
| 通院等乗降介助 | 年 月 日 |  |  |
| 訪問入浴介護 | 年 月 日 |  |  |
| 福祉用具貸与 | 年 月 日 |  |  |
| 福祉用具購入 | 年 月 日 |  |  |
| 公的制度の受給状況 | 障害者手帳 　有 ・ 無　 　　　　　（　 　種　　級）　 |
| 小児慢性特定疾患医療受診券　　有 ・ 無　　受給券番号： |
|  |

　添付書類：医師の意見書、週間サービス利用計画表