

第1号様式(第5条関係)

本宮市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

本宮市長

申請者 住所

氏名

(電話番号)

本宮市若年がん患者在宅療養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
対象者氏名		年齢	歳
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じであれば、チェックしてください。 〒 (電話番号)		
<p>〈同意事項、誓約事項〉 次の内容を確認の上、チェックしてください。</p> <input type="checkbox"/> 支援事業の利用決定にあたり、本宮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。 <input type="checkbox"/> 対象者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。			

申請日時点において、利用したいサービスにチェックしてください。後で変更もできます。

サービス内容	※利用開始(予定)日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援