

西脇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

西脇市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

下記のとおり、西脇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。なお、助成金の額を決定するために、私の住民登録資料及び生活保護の受給状況について、関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。

記

ふりがな			生年月日	年 月 日		
利用者氏名			年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 西脇市 TEL ()					
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					
利用するサービス提供事業者名	事業者名		電話番号			
	住所					
利用開始予定日	年 月 日					
サービス内容	A 身体介護に関すること。 B 生活援助に関すること。 C 通院等乗降介助に関すること。 D 福祉用具貸与 1 車いす (附属品を含む。) 2 特殊寝台 (附属品を含む。) 3 床ずれ防止用具 4 体位変換器 5 手すり 6 スロープ 7 歩行器 8 歩行補助つえ 9 移動用リフト 10 自動排泄処理装置 11 その他 ()					
助成金の請求代理人	サービス利用終了後の助成請求について、本人が請求できない場合の委任代理人の選定					
	代理人氏名				生年月日	
	住 所				本人との続柄	
生活保護受給の有無	有 ・ 無					

* 医師の意見書を添付してください。

審 査	住 所	添付書類	決 裁		
			課 長	主査等	担 当
	可・否	可・否			