

(表面)

様式第1号（第5条関係）

## 多気町 AYA 世代のがん患者に対する在宅療養支援補助金利用申請書

年 月 日

多気町長 様

申請者 住 所

氏 名 (自署)

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

下記のとおり、多気町 AYA 世代のがん患者に対する在宅療養支援補助金を利用したいので、申請します。

記

ふりがな		生年月日	年	月	日
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年	齢	歳	
住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	※日中に連絡可能な電話番号を記入してください。			
利用開始予定日	年 月 日				
公的制度 受給状況	区分	いずれかに○			
	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付 事業による給付の有無	有	・	無	
	生活保護の受給の有無	有	・	無	
	<生活保護の受給が有の場合> 受給資格審査のため、多気町が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に同意しますか。	同意する	・	同意しない	
	障害者総合支援法に基づく給付の有無	有	・	無	
	その他の給付金の有無	有	・	無	

【裏面もご記入ください】

(裏面)

利用するサービス内容

区分	サービス内容
在宅サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護
福祉用具貸与	1. 車いす 2. 車いす付属品 3. 特殊寝台 4. 特殊寝台付属品 5. 床ずれ防止用具 6. 体位変換器 7. 手すり（工事を伴わないもの） 8. スロープ（工事を伴わないもの） 9. 歩行器 10. 歩行補助つえ 11. 移動用リフト（つり具の部分を除く） 12. 自動排泄処理装置 13. その他【市町名】長が必要と認めるもの
福祉用具購入	1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 排泄予測支援機器 7. その他町長が必要と認めるもの

※ 医師の意見書（様式第2号）と運転免許証・マイナンバーカードの写し（マイナンバーの記載がないもの）等を添付してください。

※ 支援事業を利用しようとする者以外の者が申請する場合は、下記の欄に記載願います。

\*\*\*\*\*  
委任状

【市町】多気町長 様

（代理人）住 所

氏 名（自署）

私は、上記の者を代理人と定め、多気町AYA世代のがん患者に対する在宅療養支援補助金の申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

（委任者）住 所

氏 名（自署）