

様式第1号（第5条関係）

（表）

行田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

行田市長 様

申請者
住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

行田市若年者在宅ターミナルケア支援事業の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな		生年	年 月 日
氏 名		月 日	(歳)
住 所	〒 行田市 電 話 番 号 ()		
主 治 医	医療機関名 医 師 名 電 話 番 号 ()		
□対象者の身体状況等について、市が医師の意見を求めることに同意します。			
□行田市若年者在宅ターミナルケア支援事業の利用決定に当たり、対象者の住所、年齢等について、住民基本台帳により市が確認することに同意します。			
生活保護の受給 □有 □無 【有の場合】□行田市若年者在宅ターミナルケア支援事業の利用決定にあたり、生活保護の受給状況を市が確認することに同意します。			
他制度における同等の助成又は給付の利用 □無 □有 ()			
利用開始日（予定日） 年 月 日			
私は、若年者在宅ターミナルケア支援事業に係る一切の権限を次の者に委任します。			
代 理 人	氏 名 (自署)	生年 月 日	年 月 日
	住 所 〒	続柄	
	電話番号 ()		

※この制度以外の公的な制度を利用されている場合は利用できません。（裏面もご記入ください）

(裏)

支援サービス 内容	※利用を予定しているサービス等に○をつけてください。 1 訪問介護 (1) 身体介護に関すること ア 身体の清潔の保持等の援助 イ その他必要な身体介護 (2) 生活援助に関すること ア 調理 イ 生活必需品の買い物 ウ 衣類の洗濯、補修 エ 住居等の清掃、整理整頓 オ その他必要な家事 (3) 通院等に係る乗降の介助に関すること ア 通院、交通や公共機関の利用等の援助 イ その他 2 訪問入浴介護 3 福祉用具の貸与 (1) 車いす (2) 車いす附属品 (3) 特殊寝台 (4) 特殊寝台附属品（介護用ベルトを含む。） (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に限る。） (8) スロープ（工事を伴わないものに限る。） (9) 歩行器 (10) 歩行補助つえ (11) 移動用リフト (12) 自動排せつ処理装置 (13) その他（ ） 4 福祉用具の購入 (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) 移動用リフトの吊り具 (6) その他（ ）
--------------	--

