様式第１号（第５条関係）

熊谷市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業利用申請書

年　　月　　日

熊谷市長　宛

申請者　　住　　所
〒

ふりがな
氏　　名

（自署又は記名押印）

※　対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください

熊谷市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業の利用について、次の事項に同意のうえ、裏面に記載のある必要書類を添えて申請します。

・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳及び課税台帳等について、熊谷市が閲覧することに同意します。
・（18 歳以上 20 歳未満の方）小児慢性特定疾病医療費助成制度の認定状況を熊谷市が確認することについて同意します。
・熊谷市から関係機関に対し、サービス利用・福祉用具の貸与、購入に関する照会をすることに同意します。

利用者（甲）	ふりがな		生 年 月 日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒 熊谷市	
	連 絡 先		
主 治 医			
小児慢性特定疾病医療費助成		□有・□無	

甲は、民法第６５３条第１号の規定に関わらず、乙に若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業にかかる一切の権限を委任します。

受任者（乙）	ふりがな		生 年 月 日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	
	連 絡 先		利用者との続柄

上記委任の件について、承諾しました。

受任者（自署）

様式第１号（第５条関係）

添付書類
・熊谷市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業意見書（様式第２号）
・利用者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）
　※申請者又は受任者が利用者と異なる場合は、該当する方の本人確認書類を併せて添付してください。

利用予定の内容（利用を予定している福祉サービス等にチェックを入れてください）

<table>
<tr><td>利用開始（予定）日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">対象福祉サービス等</td><td>☐　訪問介護

（事業所名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td><td>☐　食事、排泄、入浴等に関する身体介護
☐　掃除、洗濯、買い物、調理等に関する生活の支援
☐　通院時の乗車・降車等介助
☐　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐　訪問入浴介護

（事業所名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>☐　福祉用具の貸与

（事業所名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td><td>☐　車いす
☐　車いすの付属品
☐　特殊寝台
☐　特殊寝台の付属品
☐　床ずれ防止用具
☐　体位変換器
☐　手すり
☐　スロープ
☐　歩行器
☐　歩行補助つえ
☐　移動用リフト（つり具部分除く）
☐　自動排泄処理装置
☐　徘徊感知機器
☐　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>☐　特定福祉用具の購入
（事業所名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td><td>☐　腰掛便座
☐　自動排泄処理装置の交換可能部分
☐　排泄予測支援機器
☐　入浴補助用具
☐　簡易浴槽
☐　移動用リフトのつり具の部分
☐　その他（　　）</td></tr>
</table>