

様式第 1 号 (第 5 条関係)

東松山市 A Y A 世代在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

東松山市長 宛て

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

電話番号 _____

東松山市 A Y A 世代在宅ターミナルケア支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者氏名			() 歳
住所	東松山市	電話	
主治医	医療機関名 医師名 連絡先		
同意・確認欄 (以下の項目を確認し、チェック欄へ☑を入れてください)			
<input type="checkbox"/>	利用者の病名・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。		
<input type="checkbox"/>	当該助成金交付の審査に当たり、利用者の住所・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。		
<input type="checkbox"/>	過去に他の制度において、同等の助成を受けていません。		
<input type="checkbox"/>	生活保護受給はしていません。		
<input type="checkbox"/>	(受給している場合は受給者証の写しを提出してください。→写しの提供☐)		
<input type="checkbox"/>	障害者手帳の取得はありません。		
<input type="checkbox"/>	(取得している場合は手帳の写しを提出してください。→写しの提供☐)		

裏面もご記入ください。

利用申請者は、以下の受任者に東松山市 AYA 世代在宅ターミナルケア支援事業に係る一切の権限を委任します。

受任者	氏名	生年月日	年 月 日
	住所 〒 電話		利用者との関係

上記の件について、承諾しました。

受任者（自署）

<p>サービス内容</p> <p>予定しているサービス等に○を入れてください。</p>	<p>1 訪問介護</p> <p>(1)身体介護</p> <p>(2)生活介護</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具の貸与</p> <p>(1)車いす（付属品を含む。） (2)特殊寝台（付属品を含む。）</p> <p>(3)床ずれ防止用具 (4)体位交換器 (5)手すり (6)スロープ (7)歩行器</p> <p>(8)補助つえ (9)移動用リフト（つり具を除く。） (10)自動排泄処理装置</p> <p>4 福祉用具の購入</p> <p>(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</p> <p>(4)簡易浴槽 (5)移動用リフトのつり具の部分</p>
---	---

添付書類

意見書（東松山市 A Y A 世代在宅ターミナルケア支援事業）