様式第１号（第６条関係）

河津町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年　月　日

河津町長　様

申請者　住　所
氏　名　　㊞
電話番号
利用者との関係

次のとおり河津町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業を利用したいので申請します。

<table>
<tr><td>ふ　り　が　な</td><td></td><td rowspan="2">生年月日
年　　齢</td><td rowspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>利用者氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">家　族　構　成</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>主　　治　　医</td><td colspan="3">住　所　〒
病院名　　電話番号
医師名</td></tr>
<tr><td>利用開始予定日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="3"><u>該当するサービス内容に〇印をつけて下さい</u>
■身体介護に関すること
１　身体の清潔の保持等の援助　　２　その他必要な身体の介護
■生活援助に関すること
１　調理　　２　生活必需品の買い物　　３　衣類の洗濯、補修
４　住居等の清掃、整理整頓　　５　その他必要な家事
■通院等乗降介助に関すること
１　通院、交通や公共機関の利用等の援助　２　その他（　　）
■訪問入浴介護
■福祉用具貸与（　　）
■福祉用具購入（　　）</td></tr>
<tr><td>事　業　所　名</td><td colspan="3">訪問介護（　　）
訪問入浴介護（　　）
福祉用具貸与・購入（　　）</td></tr>
</table>

＊　医師の意見書（様式第２号）を添付してください。