

様式第1号（第6条関係）

三木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

三木市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
※対象者との続柄（ ）  
電話番号（ ）

三木市若年者在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので、三木市若年者在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、事業の利用決定に必要な範囲で、意見書を作成した医師に問い合わせることに同意します。

記

支援対象者等	ふりがな			生年月日	年 月 日
	対象者氏名			(年齢)	( 歳)
	住 所	〒 - 三木市 電話番号 ( )			
	緊急連絡先	氏 名	続柄	生年月日	備 考 (連絡先等)
主治医	医療機関名 医師名 電話番号				
利用開始予定日	年 月 日				

※裏面も記入してください。

(裏面)

利 用 を 希 望 す る サ ー ビ ス	1 訪問介護	
	身体介護	<input type="checkbox"/> 身体の清潔の保持等の 援助 <input type="checkbox"/> その他必要な身体の介護
	生活援助	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 住居等の清掃、整理整頓 <input type="checkbox"/> その他必要な家事
	通院等乗降介 助	<input type="checkbox"/> 通院、交通や公共機関の 利用等の援助 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	相談・助言その 他の支援	<input type="checkbox"/> 生活、介護等に関する相 談、助言 <input type="checkbox"/> その他の支援 ( )
	2 福祉用具の貸与	
<input type="checkbox"/> 車いす (付属品を含む。) <input type="checkbox"/> 特殊寝台 (付属品を含む。) <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ (工事を伴わないもの) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具を除く。)		
※利用予定事業者名 ( 電話 )		
その他	生活保護の受給 ( 有 ・ 無 )	

\* 「末期がん」であることが確認できる書類を添付してください。