

七ヶ浜町若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付申請書

年 月 日

七ヶ浜町長 殿

申請者 住 所
 (本人) 氏 名
 (電話番号)

七ヶ浜町若年者がん患者ターミナルケア支援事業補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日		
利用者氏名		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 TEL ()				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考 (連絡先等)	
利用開始予定日	年 月 日				
内 容	*該当する内容に○印をつけて下さい				
	■訪問介護 1 身体介護（食事、清拭、入浴、排泄などの介助） 2 生活援助（調理、洗濯、掃除、買い物などの介助） 3 通院・外出介助 4 その他必要な介助（ ） ■訪問入浴介護 1 浴槽を設置したこと等で自宅を訪問 2 看護職員等による入浴の介助 3 その他必要な入浴の介助 ■福祉用具の貸与 [] ■福祉用具の購入 [] ■居宅介護支援 1 ケアプラン作成 2 その他（ ）				
委 任	サービス利用終了後の助成請求について、本人が請求できない場合の委任代理人の選定				
	代理人氏名			本人との続柄：	

* 「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。
 * 申請後、七ヶ浜町保健師より、在宅療養相談のためご連絡させていただきます