

西宮市若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

西宮市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

西宮市若年者の在宅ターミナルケア支援事業を関係書類を添え申請します。
申請内容について、市が保有する個人情報
を閲覧すること及び、医療機関等へ問い合わせること
に同意します。

記

フリガナ				生年月日	年 月 日
利用者氏名				年 齢	歳
住 所	〒 西宮市			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				
主 治 医	病院名		電話番号		
	医師名				
利用するサービス提供事業者名等	事業所名		連絡先		
サービス内容	<p>■身体介護に関すること (訪問入浴介助を含む)</p> <p>1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護</p> <p>■生活援助に関すること</p> <p>1 調理 2 生活必需品の買い物 3 衣類の洗濯</p> <p>4 住居等の清掃、整理整頓 5 その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること</p> <p>1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他 ()</p> <p>■相談・助言その他の日常生活上の世話に必要となるものに関すること</p> <p>1 生活、介護等に関する相談、助言 2 福祉用具貸与</p> <p>3 その他 ()</p>				
*該当するサービス内容に○印をつけて下さい	<p>参考) 助成対象の福祉用具 車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、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、自動排泄処理装置</p>				
そ の 他	生活保護の受給 (有 ・ 無) 障害福祉サービス利用 (有 ・ 無)				

*末期がんであることが確認のできる書類を添付してください。(様式第 2 号意見書) 意見書の作成は、助成の対象外となります。

*生活保護受給している場合は、保護証明を添付してください。

*この制度以外の公的な制度を利用されている場合は、利用できません。