

記入例

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

記載日をご記入ください

〇年〇月〇日

西宮市長 様

西宮市若年者の在宅ターミナルケア支援事業を関係書申請内容について閲覧することわさせることに同意します。

利用される方のお名前をご記入ください

申請者 住所 西宮市江上町3番26号

氏名 西宮太郎

(電話番号 0798-26-3669)

記

ふりがな	にしのみや たろう		生年月日	平成 〇年 〇月 〇日	
利用者氏名	西宮太郎		年齢	30歳	
住所	〒662-0855 西宮市江上町3番26号		TEL 0798 (26) 3669		
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考(連絡先等)	
	西宮花子	妻	H O.O.O	〇〇〇 - △△△ - ×××	
	西宮一郎	子	R O.O.O		
利用開始予定日	〇年 〇月 〇日		記載日の日付と同じかそれ以降の日付をご記入ください この日以降が助成の対象となります		
主治医	病院名 医師名				
利用するサービス提供事業者名等	事業所名				
サービス内容	■身体介護に関する事(訪問入浴介助を含む)				
	① 身体の清潔の保持等の援助		② その他必要な身体介護		
	■生活援助に関する事				
	1 調理	2 生活必需品の買い物	3 衣類の洗濯	5 その他必要な家事	
*該当するサービス内容に〇印をつけて下さい	■通院等 今後必要になり得るものも含めて				
	○印をご記入ください		2 その他()		
	■相談・提出後に修正があれば変更申請が必要となります		② 福祉用具貸与		
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、 どちらかに〇印をご記入ください 「有」の場合、生活保護証明書を添付してください					
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。