第１号様式（第７条関係）

# 伊東市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金利用申請書

年　　月　　日

伊東市長　様

申請者　住　所

氏　名　　印

（電話番号　　）

下記のとおり、伊東市小児・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。
なお、市税の納税状況について、市の担当職員が確認することに同意します。

記

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>利用者氏名</td><td></td><td>年　齢</td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒<br><br>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="4">病院名　　電話番号<br>医師名</td></tr>
<tr><td>利用開始予定日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="4">＊該当するサービス内容に○印をつけて下さい<br>■身体介護に関すること<br>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<br>■生活援助に関すること<br>１　調理　　２　生活必需品の買い物　　３　衣類の洗濯、補修<br>４　住居等の清掃、整理整頓　　５　その他必要な家事<br>■通院等乗降介助に関すること<br>１　通院、交通や公共機関の利用等の援助　２　その他（　　）<br>■訪問入浴介護<br>■福祉用具貸与（※）（　　）<br>■福祉用具購入（※）（　　）<br>（※　補助対象は、利用時の年齢が 20 歳以上 40 歳未満の方です。ただし、利用時の年齢が 20 歳未満で、小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業の補助を受けていない方は、本事業の補助を受けることができます。）</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="4">訪問介護（　　）、訪問入浴介護（　　）<br>福祉用具貸与・購入（　　）</td></tr>
<tr><td>公的制度受給状況</td><td colspan="4">小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

＊　医師の意見書（第２号様式）等を添付してください。