

様式第1号（第5条関係）

（表）

若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

加須市長 様

申請者

住 所

氏 名

（対象者との続柄）

（電話番号）

若年者在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので、加須市若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな		生年	年	月	日
氏 名		月日		()	歳
住 所	〒				
	電話番号 ()				
主 治 医	医療機関名				
	医 師 名				
	電話番号 ()				
<input type="checkbox"/> 対象者の身体状況等について、市が医師の意見を求めることに同意します。					
<input type="checkbox"/> 若年者在宅ターミナルケア支援事業の利用決定に当たり、対象者の住所、年齢等について、住民基本台帳により市が確認することに同意します。					
生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
【有の場合】 <input type="checkbox"/> 若年者在宅ターミナルケア支援事業の利用決定に当たり、生活保護の受給状況を市が確認することに同意します。					
私は、若年者在宅ターミナルケア支援事業に係る一切の権限を次の者に委任します。					
代理人	氏 名	生年	年	月	日
	(自署)	月日			
	住所 〒				対象者との続柄
	電話番号 ()				

（裏面もご記入ください。）

(裏)

※利用又は購入等を予定しているものに○印を付けてください

在宅療養生活
支援サービス
内容

- 1 訪問介護
 - (1) 身体介護に関すること
 - ア 身体の清潔の保持等の援助
 - イ その他必要な身体の介護
 - (2) 生活援助に関すること
 - ア 調理
 - イ 生活必需品の買い物
 - ウ 衣類の洗濯、補修
 - エ 住居等の清掃、整理整頓
 - オ その他必要な家事
 - (3) 通院等に係る乗降の介助に関すること
 - ア 通院、交通や公共機関の利用等の援助
 - イ その他
- 2 訪問入浴介護
- 3 福祉用具の貸与
 - (1) 車椅子
 - (2) 車椅子附属品
 - (3) 特殊寝台
 - (4) 特殊寝台附属品（介護用ベルトを含む。）
 - (5) 床ずれ防止用具
 - (6) 体位変換器
 - (7) 手すり（工事を伴わないものに限る。）
 - (8) スロープ（工事を伴わないものに限る。）
 - (9) 歩行器
 - (10) 歩行補助つえ
 - (11) 移動用リフト（つり具の部分を除く。）
 - (12) 自動排泄処理装置
- 4 福祉用具の購入
 - (1) 腰掛便座
 - (2) 自動排泄処理装置の交換可能部品
 - (3) 入浴補助用具
 - (4) 簡易浴槽
 - (5) 移動用リフトのつり具の部分
 - (6) その他（)