（表面）

様式第１号（第６条関係）

**和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業支援申請書**

　　年　　月　　日

和歌山県知事　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（自署）

（利用者との続柄　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

　下記のとおり、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、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 |  |
| 住　　所 | 〒TEL　　　　（　　　） |
| 家族構成 | 氏　　名 | 利用者との続柄 | 生年月日 | 備　考（連絡先等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主治医 | 病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号医師名 |
| 利用開始予定日 | 　　年　　月　　日 |
| サービス内容 | ＊該当するサービス内容に○印をつけて下さい■身体介護に関すること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■生活援助に関すること１　調理　　　　　２　生活必需品の買い物　　　　３　衣類の洗濯、補修４　住居等の清掃、整理整頓　　　　　　　　　　　５　その他必要な家事■通院等乗降介助に関すること１　通院、交通や公共機関の利用等の援助　２　その他（　　　　　　　　　　）　■訪問入浴介護　■福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　■福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）■居宅介護支援 |

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 訪問介護（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）訪問入浴介護（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）福祉用具購入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）居宅介護支援（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 公的制度受給状況 | 生活保護の受給　（有・無）　　小児慢性特定疾病医療費助成　　　（有・無）※生活保護を受給している場合は、受給資格を証明する書類を添付してください。 |

※　医師の意見書（様式第２号）と住民票の写し（発行日より６か月以内かつマイナンバーの記載が**ない**もの）等を添付

してください。

※　必要があるときは、医師にお問い合わせする場合がありますので、ご了承ください。

※ 支援事業を利用しようとする者以外の者が申請する場合は、下記の欄に記載願います。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

委　任　状

和歌山県知事　様

（代理人）　住　所

 氏　名（自署）

私は、上記の者を代理人と定め、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業の申請に関する一切

の権限を委任します。

年　　月　　日

（委任者）　住　所

 氏　名（自署）