

和泉市若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

和泉市長 あて

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄)

(電話番号)

下記のとおり、和泉市若年者在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので、申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保管する個人情報を見直し、意見書を作成した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

ふりがな			生年月日	年	月	日
利用者氏名			年 齢	歳	性 別	
住 所	〒 電話番号 ()					
緊急連絡先	氏 名	利用者との続柄	住所		電話番号	
主 治 医	病院名			医師名		
利用開始予定日	年 月 日					
サービス内容	<p>*該当するサービス内容に○印をつけてください。</p> <p>1 訪問介護 (1) 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 (2) 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 (3) 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 ()</p> <p>2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 (1) 車いす (2) 特殊寝台 (3) その他 ()</p> <p>4 居宅介護支援 (事業所名)</p>					
助成金請求代理人	申請者が利用者本人の場合、助成金請求についての代理人を記入してください。					
	代理人氏名		利用者との続柄		生年月日	
	住所					
そ の 他	生活保護の受給 (有 ・ 無) 有：受給状況の確認に同意します <input type="checkbox"/>		障がい福祉サービス等の利用 (有 ・ 無)			

*「回復の見込みがない状態」であることが確認できる書類 (医師意見書) を添付してください。

市記入欄	受付番号		受付日		受付者	
------	------	--	-----	--	-----	--