

様式第1号（第5条関係）

志木市A Y A世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

志木市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
(利用者との続柄： _____)
電話番号 _____

志木市A Y A世代がん患者在宅療養生活支援補助金交付事業の利用について、関係書類を添えて次のとおり申請します。
なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細等の閲覧並びに補助金の交付に関し必要な関係機関へ照会することに同意します。

利用者	住所	志木市
	氏名	
	生年月日	
主治医	医療機関名	
	主治医氏名	
	電話番号	
その他	生活保護の受給	有 ・ 無
	小児慢性特定疾病医療給付制度の受給	有 ・ 無
	他の制度における助成または給付の受給	有 ・ 無

(裏面もご記入ください)

代理人選任届（委任状）

(代理人)	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____
私は、民法第653条第1号の規定に関わらず、志木市A Y A世代がん患者在宅療養生活支援手続きにつき、上記の者を私の代理人に選任し、その一切の権限を委任したのでお届けします。	
(委任者)	住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 電話番号 _____ <div style="text-align: right;">○ 印</div>

(裏面)

利用を予定しているサービス等に○印をつけてください。

区分	サービス等の内容	上限額
居宅サービス	1. 訪問介護 (1) 身体介護 (2) 生活援助 (3) 通院等乗降介助 2. 訪問入浴介護	72,000円/月
福祉用具の貸与	1. 車いす 2. 車いす付属品 3. 特殊寝台 4. 特殊寝台付属品 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) 8. スロープ (工事を伴わないもの) 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	
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	90,000円/人