

新座市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業利用申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 新座市長

申請者 住所
氏名
(電話番号)

新座市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業の利用について、同意事項に同意の上、下記のとおり申請します。

利用者 (甲)	フリガナ			
	氏名	※本人による署名又は記名押印してください。		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	住所	〒 新座市		
	電話番号	() ※日中つながりやすい番号を記載してください。		
主治医	医療機関名	医師名		
		電話番号	()	
同意・ 確認欄	以下の項目を確認し、□にレを入れてください。 ☐ 必要があるときは医師の意見を求めることに同意します。 ☐ 利用者の住所、年齢等を住民基本台帳により確認することを同意します。 ☐ 過去に他の制度において同等の補助又は給付は受けていません。			
	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（18歳以上20歳未満）	☐ 有 ・ ☐ 無	
甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に新座市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業にかかる一切の権限を委任します。				
受任者 (乙)	氏名			
	生年月日	年 月 日	利用者との続柄	
	住所	〒		
	電話番号	()		

上記の内容について、承諾しました。

受任者（自署）

利用したいサービスの番号に○印を付けてください。

区分	サービス等の内容	助成対象経費 上限額	助成金額 上限額（9割）
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	8万円／月	7万2千円／月
福祉用具貸与	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 8 スロープ 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		
福祉用具購入	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ	10万円／人	9万円／人
作成料	1 医師の意見書作成料	5千円／人	5千円／人

※ 助成対象となる福祉用具の構造等の詳細については、福祉用具一覧を参照してください。

利用予定の事業所があれば、御記入ください。

区分	利用予定の事業所名称
居宅サービス	
福祉用具貸与	
福祉用具購入	

【提出方法】

当該申請書に下記の書類を添えて、保健センターの窓口又は郵送にて申請してください。

- ☐ 新座市A Y A世代がん患者在宅療養支援事業意見書（様式第1号）
- ☐ 利用者及び受任者の本人確認書類の写し（窓口申請の場合、原本も可）
- ☐ 生活保護受給世帯の場合は、生活保護受給証の写し（窓口申請の場合、原本も可）