

※ サービス等を利用する前に利用申請をし、市から利用決定を受ける必要があります。

様式第2号 ※ 内容に変更が生じる場合は、利用変更・廃止届をする必要があります。

※ 市ホームページにてQ&Aを掲載していますので、併せて参考にしてください。

記入例

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 (和暦又は西暦) 9 年 9 月 9 日

(宛先) 新座市長

申請者 住所 新座市野火止1-1-1

利用者又は受任者が申請者となります。

氏名 新座 花子

(電話番号 048-477-1111)

必ず利用者による署名又は記名押印が必要になります。

利用者による署名の場合は押印不要です。

新座市A Y A世代がん患者在宅療養支援事業について、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	ニイザ タロウ			
	氏名	新座 太郎 新座 ※本人による署名又は記名押印してください。			
	生年月日	(西暦又は和暦) 8 年 8 月 8 日	年齢	30 歳	
	住所	〒 352-8623 新座市 野火止1-1-1			
	電話番号	048 (477) 1111 ※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	●●病院		医師名	〇〇 〇〇
				電話番号	048(481)2211
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				
	☒ 利用者の住所、年齢等を住民基本台帳により確認				
	☒ 過去に他の制度において同等の補助又は給付は受				
	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

小児慢性特定疾病医療費助成が「有」の場合は、新座市A Y A世代がん患者在宅療養支援事業は申請できません。

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	新座 花子		
	生年月日	(西暦又は和暦) 7 年 7 月 7 日	利用者との続柄	妻
	住所	〒 352-8623 新座市野火止1-1-1		
	電話番号	048 (477) 1111		

受任者が署名してください。

受任者を指定いただくと、受任者は利用者に代わって、利用申請を含めた各種申請手続き及び助成金の受領をすることができます。可能な限り受任者を指定してください。

受任者 (自署) 新座 花子

※裏面もあります※

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		
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	8万円／月	7万2千円／月
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 利用申請と同時に助成金交付申請兼請求書（様式第7号）に領収書を添えて、助成金を請求できます。同時に請求しない場合は利用申請した年度内に別途請求してください。 ただし、 <u>利用申請が却下となった場合は助成金の交付はできません。</u>	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	ゾウキリンサービス
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）