様式第１号(第５条関係)

愛南町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

愛南町長　様

愛南町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | | フリガナ | |  | | | ㊞ | | 対 象 者  との続柄 | | |  |
| 氏　名 | |  | | |
| 電　話 | | | (　　) |
| 住　所 | | 〒　　　－ | | | | | | | | |
| 対　象　者 | | 支援事業の利用決定等に当たり、愛南町が住民登録又は他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | ㊞ | | 生年月日  (年齢) | | | 年　　月　　日  (　　　歳) |
| 氏　名 | |  | | |
| 住　所 | | * 申請者と同じ   〒　　　－  愛南町 | | | | | | | | |
| 利用開始予定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| サービス内容(申請日時点で利用したいサービスにチェック☑をしてください。) | | | | | | | | | | | | |
|  | □ 訪問介護 | | | | | | | | | | | |
|  | | □ 身体介護 | | | □ 生活援助 | | | | □ 通院等乗降介助 | | |
| * 訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | |
| □ 福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | |
|  | | □ 車椅子  □ 車椅子付属品(電動補助装置等)  □ 特殊寝台  □ 特殊寝台付属品(サイドレール等)  □ 床ずれ防止用具  □ 体位変換器 | | | | | □ 手すり(工事を伴わないもの)  □ スロープ(工事を伴わないもの)  □ 歩行器  □ 歩行補助つえ  □ 移動用リフト(つり具を除く。)  □ 自動排泄処理装置 | | | | |
| □ 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | | | |
|  | | □ 腰掛便座  □ 自動排泄処理装置の交換可能部品  □ 入浴補助用具 | | | | | □ 簡易浴槽  □ 移動用リフトのつり具の部分 | | | | |
| 生活保護の受給(○を付けてください。) | | | | | | | | | | | 有　・　無 | |
| ≪誓約事項≫　以下の項目について確認の上、□にチェック☑をしてください。  □　対象者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。 | | | | | | | | | | | | |
| その他特記事項 | | | | |  | | | | | | | |

添付書類　(１)　医師の意見書(様式第２号)

　　　　　(２)　町税等の滞納がない旨の申出書(様式第３号)

様式第２号(第５条関係)

医師の意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 愛南町 | | |
| 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がんと診断し、愛南町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第２条第２号に掲げる者に該当すると判断します。  　愛南町長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　(医療機関名及び所在地)    　　　　　　　　　　　 　 (電話番号)　　　　　 (　　　　)    　　　　　　　　　　　　　(医 師 名)　　　　　 　　　　　　　　　　㊞ | | | |

備考

**１　医師名は自署してください。**

２　支援事業の実施に当たり、必要があるときは、問合せをすることがありますので御理解ください。

様式第３号(第５条関係)

町税等の滞納がない旨の申出書

年　　月　　日

　愛南町長　様

住所

氏名　　　　　　　　　㊞

　愛南町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり愛南町に対し町税等の滞納がない旨を申し出ます。なお、担当部署において納税等の状況について調査することに同意します。

--------------------以下愛南町記入欄--------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当部署名 | 費目 | 担当部署記入欄 | 確認印 |
| 税務課 | 町民税 | 有　　無 |  |
| 固定資産税 | 有　　無 |  |
| 国民健康保険税 | 有　　無 |  |
| 介護保険料 | 有　　無 |  |
| 後期高齢者医療保険税 | 有　　無 |  |
| 軽自動車税 | 有　　無 |  |
| 保健福祉課 | 保育料 | 有　　無 |  |
| 環境衛生課 | 下水道料 | 有　　無 |  |
| 町営浄化槽使用料 | 有　　無 |  |
| 水道課 | 水道料 | 有　　無 |  |
| 学校教育課 | 給食費 | 有　　無 |  |

備考

調査の対象は、補助等の対象となる者及びその世帯員全員とする。団体として申請する場合は、団体の構成員で補助等の対象となるもの及びその世帯員全員とする。