様式第１号（第４条関係）

**赤穂市若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書**

　　年　　月　　日

赤穂市長　宛

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

（利用者との続柄　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

　下記のとおり、赤穂市若年者の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。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 利用者氏名 |  |
| 年齢 | | 歳 | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  　赤穂市  TEL　　　　（　　　） | | | | | | |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | | 備考（連絡先等） | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
| 主治医 | 病院名  電話番号  医師名 | | | | | | |
| 利用開始予定日 | 年　　月　　日 | | | | | | |
| サービス内容 | ＊該当するサービス内容に○印をつけてください  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（　　　　　　　　　　）  ２　福祉用具貸与  　（１）車いす　　（２）特殊寝台　　（３）その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| その他 | 生活保護の受給　　（　有　・　無　） | | | | | | |

＊　「末期がん」であることが確認できる書類を添付してください。