

## 姫路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

姫路市長 宛

姫路市若年者の在宅ターミナルケア支援事業  
を関係書類を添え申請します。申請内容につ  
いて、市が保有する個人情報を見ることが  
及び、医療機関等へ問い合わせることに同意  
します。

申請者 住所

氏名

電話

(日中連絡のとれる番号を記入)

メールアドレス

ご家族の中で主に連絡をとれる方に○を付けてください。(緊急連絡先となる方)

対象者氏名(フリガナ)		生年月日	
住 所	〒 姫路市		
家族構成	氏名 (生年月日)	続柄	備考 (連絡先)
	( )		
	( )		
	( )		
利用開始日 (予定)	年 月 日		
利用希望のサービス	○を付けてください。		
身体介護に関する事	1 身体の清潔の保持等 2 その他必要な身体介護		
生活介護に関する事	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		
通院等乗降介助に関する事	1 通院、交通や公共期間の利用等の援助 2 その他 ( )		
相談・助言その他の日常生活上の世話に必要となるものに関する事福祉用具貸与	1 生活介護等に関する相談 2 その他 ( )		
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 12 自動排泄処理装置 13 その他 ( )		
利用するサービス提供事業者名等	事業所名 住所 連絡先		
主治医 (病院・住所)			
生活保護受給	有・無		

\*この票の個人情報は、本事業のために使用し目的外の使用はしません。

\*末期がんであることが確認のできる書類を添付してください。(様式第2号意見書) 意見書の作成は、助成の対象外となります。

\*生活保護受給している場合は、保護証明を添付してください。

\*この制度以外の公的な制度を利用されている場合は、利用できません。

保健所確認欄

●意見書： 無・有（内容：治療目的の治療ではないこと、末期がん）

●他の制度の確認： 無・有（身体障害者手帳、 ）

・ヘルパー利用： 無・有

・福祉用具貸与： 無・有

確認日

--	--	--

相談その他

--