

榛東村若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

令和 年 月 日

榛東村長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(利用者との続柄 \_\_\_\_\_)

榛東村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。  
利用決定に当たり、榛東村が住民登録、納税状況及び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並びに医療機関及び事業所へ照会することに同意します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	〒  電話番号		
利用開始 予定日	令和 年 月 日	〔 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等サービス を利用する場合は、初回面談日を利用開始日とする。 〕		
生活保護 の受給	有 ・ 無			※該当する方に ○印を付けて ください。
公的制度 受給状況	障害者手帳	有 ・ 無		
	小児慢性特定疾患医療費助成	有 ・ 無		
《 誓約事項 》 次の内容を確認の上、チェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 利用者は、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。 <input type="checkbox"/> 利用者は、入院期間中、本事業のサービスを利用しないことを誓約します。				

※ 医師の意見書（別記様式第2号）を添付してください。