

〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

市町村長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

〇〇市町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 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒 TEL ()		
利用開始 予 定 日		年 月 日		
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 小児慢性特定疾病医療費助成 有 ・ 無		
《誓約事項》 次の内容を確認の上、チェック☑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。				
※利用を希望するサービス内容に☑をしてください。				
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助				
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護				
<input type="checkbox"/> ケアマネジメント				
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(※0 歳～20 歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外) <input type="checkbox"/> 手すり (工事を伴わないもの) <input type="checkbox"/> スロープ (工事を伴わないもの) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具を除く。) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入(※0 歳～20 歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外) <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> その他 ()				

* 医師の意見書（様式例第 2 号）を添付してください。

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 2 条第 4 号に掲げる要件に該当するものと判断できる。</p> <p>市町村長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関住所 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医 師 名 _____</p>			

※医師名は、自署してください。

〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業利用決定（却下）通知書

年 月 日

様

市町村長

年 月 日付けで申請のありました〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業については、下記のとおり利用決定したので通知します。

なお、住所変更など申請内容に変更が生じたとき、又はこの事業を中止するときは、速やかにその旨を申請してください。

記

1 利用開始日 年 月 日

2 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		

3 利用可能サービス

	<input type="checkbox"/> 訪問介護
	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護
	<input type="checkbox"/> ケアマネジメント
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外）
	<input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの）
	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器
	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ
<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入（※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外）	
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽	
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分	
<input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（中止）申請書

年 月 日

市町村長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

年 月 日付けで決定通知のあった〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業について、以下のとおり申請内容に変更が生じた（中止する）ので、申請します。

□ 申請内容に変更が生じた場合（太枠内及び変更の箇所のみ記載してください）

利用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒 TEL ()		
サー ビ ス 内 容	変更後に利用するサービスにチェック☑をしてください。			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護			
	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護			
	<input type="checkbox"/> ケアマネジメント			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外)			
生活保護の 受 給	<input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの） <input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの）			
	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品			
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品			
公的 制 度 受 給 状 況	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器			
	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ			
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
<input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入(※0歳～20歳未満で小児慢性特定疾病医療費助成等受給者は対象外)				
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽				
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分				
<input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> その他 ()				
有 ・ 無				
該当する方に○印を付けてください。				

□ 支援事業を中止する場合（該当する項目にチェック☑をしてください）

- ☐ 利用者が亡くなったため
- ☐ 利用者が入院するため
- ☐ 利用者が市（町村）外に転出したため
- ☐ 利用者が40歳に達するため
- ☐ その他 ()

〇〇市町村在宅療養支援事業利用変更決定（却下） 通知書

年 月 日

様

市町村長

年 月 日付けで変更（中止）申請のありました〇〇市町村在宅療養支援事業については、下記のとおり決定した（申請内容では認められません）ので通知します。

記

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
決定（却下）した内容			

〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業利用取消（中止）通知書

年 月 日

様

市町村長

年 月 日付けで申請のありました〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業については、下記の理由により取消（中止）することとしましたので通知します。

記

取消（中止）した理由

--

〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日

市町村長 様

住 所

請求者 氏 名

(電話番号)

年 月 日付けで利用決定のありました〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業の
助成金 (年 月分) を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 利用者 住 所
氏 名

3 振込口座

銀 行 名				本・支店名			種 目	口 座 番 号							
							1 普通預金 2 当座預金 3 その他								
金融機関コード				店舗コード											
ふ り が な															
口 座 名 義 人															

- * 利用したサービスの実施報告書（様式例第 8 号）及び領収書の写しを添付してください。
- * 代理人による請求の場合は、委任状（様式例第 9 号）を添付してください。
- * 請求額は、利用料から利用者負担額を控除した額としてください。
- * 利用者負担額は利用料の 1 割に相当する額とし、1 円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。
- * 利用料は上限額の範囲内としてください。

〇〇市町村若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

サービス区分 提供サービスに○を付 ↓ けてください		利用 回数	利用料	利用者負担額	助成額
年 月分	ケアマネジメント	回	円	円	円
	身体介護	回	円	円	円
	生活援助	回	円	円	円
	通院等乗降介助	回	円	円	円
	訪問入浴介護	回	円	円	円
	福祉用具貸与	日	円	円	円
	福祉用具購入	—	円	円	円

※ 複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。

※ 1月毎に記入してください。

年 月 日

上記のとおりサービス提供を受けました。

利用者名

住 所

電話番号

年 月 日

上記のとおりサービス提供を実施しました。

サービス提供事業者

管 理 者

住 所

電話番号

【裏面に実施確認票あり】

実施確認票

□ケアマネジメント

利用者名 _____

ケアマネジメント担当者名 _____

居宅介護支援事業所名 _____

所在地 _____

面談日（電話による相談も可） _____ 年 月 日

アセスメント	

※事業所様式の添付も可

サービス提供 内容について	

評 価	

ケアマネジメントについて、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

_____ 年 月 日 利用者または申請者 署名

実施確認票

□ 訪問介護及び訪問入浴介護

- 1 下記のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、事業者のサービスを実施した担当者の印を押してください。
- 2 カレンダー内の（ ）に、実施したサービスを以下のA～Eで記入してください。

A 身体介護	B 生活援助	C 通院等乗降介助	D 訪問入浴介護
--------	--------	-----------	----------

年	月分
---	----

() 曜日	() 曜日	() 曜日	() 曜日	() 曜日	() 曜日	() 曜日
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()
8 ()	9 ()	10 ()	11 ()	12 ()	13 ()	14 ()
15 ()	16 ()	17 ()	18 ()	19 ()	20 ()	21 ()
22 ()	23 ()	24 ()	25 ()	26 ()	27 ()	28 ()
29 ()	30 ()	31 ()				

□ 福祉用具貸与（ 年 月分）

利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

福祉用具の種類	期 間	利用料	本人負担額
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円

□ 福祉用具購入（ 年 月分）

福祉用具の種類	納品日	利用料	本人負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円

委 任 状

年 月 日

高崎市長

私は、下記の者を代理人と定め、高崎市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる助成金の請求及び受領に関する一切の権限を委任するので、請求書記載の口座に振り込み願います。

記

委 任 者

住所 〒 _____

氏名 _____

受 領 者

住所 〒 _____

事業所名 _____

管理者名 _____