



高槻市若年がん患者在宅療養生活支援助成事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 高槻市長

高槻市若年がん患者在宅療養生活支援助成事業の利用について、高槻市若年がん患者在宅療養生活支援助成事業実施要綱第6条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ、必要書類を添えて申請します。

- ・ この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について高槻市が閲覧・照会することに同意します。
- ・ 主治医に治療内容を照会することに同意します。
- ・ 対象サービス提供事業者に内容を照会することに同意します。
- ・ 申請にかかる対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・ 申請にあたっては高槻市若年がん患者在宅療養生活支援助成事業実施要綱を確認し、その内容を遵守します。

対象者 (申請者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	印		(歳)
	住 所	〒 ー	電話番号	

※民法第 643 条に基づき申請行為及び請求行為の代理として受任者を立てる場合は、以下の項目を記入してください。受任者を指定することで、申請行為及び請求行為の手続は受任者が代理として行うこととなります。

また、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、受任者には高槻市若年がん患者在宅療養生活支援助成事業にかかる一切の手続が委任されます。

以上を踏まえた上で、私は下記の者に高槻市若年がん患者在宅療養生活支援助成事業実施要綱に基づく手続き及び受領に関する一切の権限を委任します。

受任者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			(歳)
	住 所	〒 ー	電話番号	
	対象者との関係	父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ その他 ()		

【添付書類】

- 高槻市若年がん患者在宅療養生活支援助成事業にかかる意見書（様式第2号）
- 生活保護受給証明書(他市区町村で生活保護を受給中の者に限る。)
- 受任者を立てる場合は、受任者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、住民票の写しなど）

様式第1号（裏面）（第6条関係）

申請時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

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 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与（下記ア～シで該当するものに○をつけてください） 4 福祉用具購入（下記ス～ツで該当するものに○をつけてください） 5 居宅介護支援
利用予定 事業所 (申請時点)	1 訪問介護 [] 2 訪問入浴介護 [] 3 福祉用具貸与 [] 4 福祉用具購入 [] 5 居宅介護支援 []
利用開始 (予定) 日	年 月 日

福祉用具貸与	福祉用具購入
ア 車いす イ 車いす付属品 ウ 特殊寝台 エ 特殊寝台付属品 オ 床ずれ防止用具 カ 体位変換器 キ 手すり（工事を伴わないもの） ク スロープ（工事を伴わないもの） ケ 歩行器 コ 歩行補助杖 サ 移動用リフト（つり具の部分を除く） シ 自動排泄処理装置	ス 腰掛便座 セ 自動排泄処理装置の交換可能部品 ソ 簡易浴槽 タ 移動用リフトのつり具の部分 チ 入浴補助用具 ツ 排泄予測支援機器