

明石市若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

明石市長 様

(申請者) 住 所
氏 名
(本人との続柄)
(電話番号)

下記のとおり、明石市若年者在宅ターミナルケア支援事業に係る助成金の交付を申請します。
なお、申請内容について、必要に応じて市が保管する個人情報を閲覧し、意見書を作成した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

フリガナ			
利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話番号 ()		
利用開始予定日	年 月 日		
サ ー ビ ス 内 容	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (身体介護に関すること) 1 身体 of 清潔 of 保持等 of 援助 2 その他必要な身体 of 介護 (生活援助に関すること) 1 調理 2 生活必需品 of 買い物 3 衣類 of 洗濯、補修 4 住居等 of 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こと) 1 通院、交通や公共機関 of 利用等 of 援助 2 その他 () <input type="checkbox"/> 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 ()		
利用するサービスに <input checked="" type="checkbox"/> 、サービス内容の番号に○印をつけてください			
そ の 他	生活保護 of 受給 (有 ・ 無) 障害福祉サービス等 of 利用 (有 ・ 無)		

※明石市若年者在宅ターミナルケア支援事業意見書（様式第2号）を添付してください。