様式第１号（第４条関係）

鎌倉市若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

　　年　　月　　日

鎌倉市長　　宛

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（電話番号　　　　　　　　　）

　次のとおり、鎌倉市若年者在宅ターミナルケア支援事業の助成を受けたいので、申請します。

　なお、市が保有する個人情報に関する調査及び関係機関に照会することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 利用者氏名 |  | |
| 年　　齢 | 歳 | |
| 住　　　所 | 〒  TEL　　　　（　　　） | | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | | 備　考（連絡先等） |
|  |  | * ・ | |  |
|  |  | * ・ | |  |
|  |  | * ・ | |  |
| 主治医 | 医療機関名  電話番号  医師名 | | | | |
| 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  ■身体介護に関すること  １　身体の清潔の保持等の援助　　　　　　２　その他必要な身体の介護  ■生活援助に関すること  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こと  １　通院、交通や公共機関の利用等の援助　２　その他（　　　　　　　　　　）  　■福祉用具貸与に関すること  １　車いす　　　　２　特殊寝台　　　３　その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| そ　の　他 | 生活保護の受給　　（　有　・　無　） | | | | |

* 鎌倉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）又は「末期がん」であることが　　　確認できる書類を添付してください。