

生駒市若年者の在宅ターミナルケア支援事業助成金交付申請書

年 月 日

生駒市長 様

申請者 住 所
氏 名
(本人との続柄)
(電話番号)

下記のとおり、生駒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、申請にあたっては次のとおりです。(□にチェックをしてください。)

- 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生駒市が閲覧・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。
- 対象サービスの提供事業者に内容を照会することに同意します。
- 申請に係る対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- 申請にあたっては生駒市若年者在宅ターミナルケア支援事業実施要綱の内容を遵守します。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
利用者氏名			
住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()		
利用開始予定	年 月 日		

<p>サービス内容</p> <p>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。</p>	<p><input type="checkbox"/> 訪問介護 （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（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉用具購入 1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分 7 その他（ ）</p>
<p>その他</p>	<p>生活保護の受給 （有・無） 障がい福祉サービス等の利用 （有・無）</p>

※医師の意見書（様式第2号）を添付してください。

※生活援助は、同居の家族等がない場合又は同居の家族等が高齢、障がい、疾病等の理由により家事を行うことが困難な場合に限り、利用することができます。