

様式第1号（第6条関係）

みやま市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

みやま市長 様

申請者 住 所

氏 名

（電話番号 ）

みやま市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名		年齢	歳
住所	〒 □申請者と同じ TEL ()		
□支援事業の利用決定にあたり、市が住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。			

申請日時点において、利用したいサービスの番号に○印を付けてください。

サービス 内 容	該当するサービス内容に○印を付けてください。 1 訪問介護 (1) 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 (2) 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 (3) 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 2 福祉用具貸与（裏面の欄で該当するものに○を付けてください） 3 福祉用具購入（裏面の欄で該当するものに○を付けてください）		
利用予定 事業所 (申請時点)	1 訪問介護	{	}
	2 福祉用具貸与	{	}
	3 福祉用具購入	{	}

福祉用具貸与・購入

- ア 車いす（付属品を含む。）
- イ 特殊寝台（付属品を含む。）
- ウ 床ずれ防止用具
- エ 体位変換器（起き上がり補助装置を含む。）
- オ 手すり（工事を伴わないもの）
- カ スロープ（工事を伴わないもの）
- キ 歩行器
- ク 歩行補助つえ
- ケ 移動用リフト（つり具の部分を除き、階段移動用リフトを含む。）
- コ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）
- サ 腰掛便座
- シ 入浴補助用具
- ス 自動排泄処理装置の交換可能部品
- セ 簡易浴槽
- ソ 移動用リフトのつり具の部分

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏名			
住所			
上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。			
みやま市長 様			
年 月 日			
医療機関名 _____			
医 師 名 _____ 印			

※ 介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。

様式第5号（第9条関係）

みやま市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）届

年 月 日

みやま市長 様

申請者 住 所

氏 名
(電話番号)

年 月 日付けで提出したみやま市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書について、申請内容に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

利用者名： (生年月日： 年 月 日)

1 変更区分（ 廃止 ・ 変更 ）

※変更の場合は、2もご記入ください。

2 変更内容

みやま市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実績報告兼費用請求書

年 月 日

みやま市長 様

申請者 住 所

氏 名 印
(電話番号)
(続柄)

裏面のとおり、みやま市がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、みやま市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第11条の規定により請求します。

1 請求金額 金 _____ 円 （月限度額 54,000 円）

2 助成対象者 住 所
氏 名
 申請者と同じ

（振込先金融機関）

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所
預金種別	1：普通 2：当座 3：貯蓄	
口座番号 (右づめでお願いします)		
フリガナ		
口座名義		

※自己負担額は、サービス利用料の100分の10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。

(裏面)

利用サービスの内訳（他の事業において、同様のサービスの利用を受けることができないもののみを計上すること。例：障害福祉サービスなど）

利用日	利用したサービス	総額(A)	申請者負担分(B)	(A)-(B) 月限度額 54,000円
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				

※ この表への記載が困難な場合は、明細の分かる別紙（様式は任意）を添付してください。