様式第１号（表面）（第７条関係）

大阪市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

大阪市長　様

大阪市若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用について、大阪市若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第７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大阪市が閲覧・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。
- 申請にあたっては大阪市若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱の内容を遵守します。

申請者（対象者）	ふりがな		生年月日（西暦）	年　月　日（　歳）
	氏　名			
	住　所	〒　－	連絡先	

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き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、受任者は大阪市若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる一切の手続きが委任されます。

受任者	ふりがな		生年月日（西暦）	年　月　日（　歳）
	氏　名			
	住　所	〒　－	連絡先	
	対象者との関係	父　・　母　・　配偶者　・　その他（　）		
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿				

【添付書類】

☐ 申請にかかる全ての方の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、住民票の写しなど）
☐ 大阪市若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかる意見書（様式第２号）

様式第１号（裏面）（第７条関係）

申請時点において、利用したいサービスの番号に〇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〇印をつけてください。 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　訪問入浴介護 ３　福祉用具貸与（下記ア～サで該当するものに〇をつけてください） ４　福祉用具購入（下記シ～チで該当するものに〇をつけてください）
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（　　）
利用開始（予定）日	令和　　年　　月　　日

福祉用具貸与	福祉用具購入
ア　車いす（付属品含む） イ　特殊寝台（付属品含む） ウ　床ずれ防止用具 エ　体位変換器 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　認知症老人徘徊感知機器 コ　移動用リフト（つり具の部分を除く） サ　自動排泄処理装置	シ　腰掛便座 ス　自動排泄処理装置の交換可能部品 セ　排泄予測支援機器 ソ　入浴補助用具 タ　簡易浴槽 チ　移動用リフトのつり具の部分