

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の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。

対象者 (甲)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		(西暦)	(歳)
	住 所	〒 ー 大阪市	連 絡 先	
申請者	区 分	☐ 対象者本人を申請者として、申請します。(以下の項目は記入不要) ☐ 下記の者を申請者として、委任します。		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		(西暦)	(歳)
	住 所	〒 ー ☐ 対象者と同じ	連 絡 先	
	対象者との関係	父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ その他 ()		
甲は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定に関わらず、乙に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を委任します。 ※受任者を指定いただくことで、以降の請求等の手続きは受任者が代理として行うこととなります。				
受任者 (乙)	区 分	☐ 受任者は申請者と同じ (以下の項目は記入不要) ☐ 下記の者を受任者として、委任します。		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		(西暦)	(歳)
	住 所	〒 ー ☐ 対象者と同じ	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、健康保険証（両面）、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○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○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○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○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）	シ 腰掛便座
イ 特殊寝台（付属品含む）	ス 自動排泄処理装置の交換可能部品
ウ 床ずれ防止用具	セ 排泄予測支援機器
エ 体位変換器	ソ 入浴補助用具
オ 手すり（工事を伴わないもの）	タ 簡易浴槽
カ スロープ（工事を伴わないもの）	チ 移動用リフトのつり具の部分
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	