

申請者（＝助成金の振込先名義人）が利用者本人以外の場合

様式第1号（第6条関係）

所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

令和7年2月10日

以下の書類も必ずご用意ください。

- ・【写し】申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード（表面のみ）、保険証等）
- ・委任状（書式は任意）※詳細は市HPを参照

(申請者) 住所 **所沢市並木1-1-1**
 氏名 **所沢 花子**
 (利用者との続柄 **妻**)
 電話番号 **080-1111-2222**

以下の書類も必ずご用意ください。

- ・【写し】利用者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード（表面のみ）、保険証等）

支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり

利用者	フリガナ	トコロザワ タロウ		生年月日			年齢	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 所沢 太郎		平成2年1月1日		35		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 359 - 0042		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 04-2998-1111			
主治医	医療機関名	〇〇病院		所在地	所沢市並木2-2-2			
	医師名	埼玉 一郎		電話番号	04-2998-1234			
利用開始（予定）日	令和7年 3月 1日							
サービス内容 ※ 希望するサービス内容の□にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 訪問介護事業所名		<input type="checkbox"/> 食事、排泄、入浴等に関する身体介護					
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴事業所名		・利用予定のサービス内容を選択し、サービス提供事業所名をご記入ください。 ・本申請による利用決定後、サービス内容や事業所等の変更等がありましたら、別途届出が必要になります。					
	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の貸与事業所名 トコロんケアステーション		<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台の付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input checked="" type="checkbox"/> 車いすの付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分除く） <input type="checkbox"/> 徘徊感知機器	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分除く）			
<input type="checkbox"/> 特定福祉用具の購入事業所名 []		<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分					
公的制度受給状況	生活保護	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		小児慢性特定疾病医療費助成	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無

同意・確認欄（以下の項目を確認し、□にチェックを入れてください。）

- 当該助成金交付の審査に当たり、市が、住民基本台帳、市税等の納税状況について確認することに同意します。
- 当該助成金交付の審査に当たり、必要があるときには、市が、医師の意見を求めることに同意します。
- 当該助成金交付の審査に当たり、必ず内容をご確認の上、□にチェックをお願いします。を確認することに同意します。
- 過去に他の制度において同等の補助又は給付は受けていません。また、必要があるときには、市が、他の制度による補助又は給付を受けているかについて関係機関に確認することに同意します。