

神河町若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

神河町長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

下記のとおり、神河町若年者の在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので、申請します。

記

ふりがな					
利用者氏名	生年月日	年 月 日			
	年 齢	歳	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 TEL ()				
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日	備 考(連絡先等)	
主 治 医	病院名				
	電話番号				
	医師名				
利用開始予定日	年 月 日				
サービス内容	<p><u>*該当するサービス内容に○印をつけて下さい</u></p> <p>■訪問介護</p> <p>1 身体介護に関する事 (身体の清潔の保持等の援助)</p> <p>2 生活援助に関する事 (調理、買い物等必要な家事)</p> <p>3 通院等乗降介助に関する事 (通院、交通や公共機関の利用等の援助)</p> <p>■福祉用具貸与</p> <p>1 車椅子 2 特殊寝台 3 その他()</p> <p>■訪問入浴介護</p>				
そ の 他	生活保護の受給 (有 ・ 無)				

* 「末期がん」であることが確認できる書類を添付してください。