

相生市若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

平成 年 月 日

（あて先）相生市長

申請者 住 所

氏 名 ㊟

（電話番号 ）

下記のとおり、相生市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			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
利用者氏名			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>1 身体介護に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体の清潔の保持等の援助</li> <li>・ その他必要な身体の介護</li> </ul> <p>2 生活援助に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 調理</li> <li>・ 生活必需品の買い物</li> <li>・ 衣類の洗濯、補修</li> <li>・ 住居等の清掃、整理整頓</li> <li>・ その他必要な家事</li> </ul> <p>3 通院等乗降介助に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通院、交通や公共機関の利用等の援助</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul> <p>4 相談・助言その他の日常生活上の世話に必要となるものに関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活、介護等に関する相談、助言</li> <li>・ 福祉用具貸与</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>					
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。