

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

甲 府 市 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

利用者との続柄 _____

電話番号 _____

（日中に連絡の取れる番号を記入）

このことについて、若年がん患者の在宅療養生活支援事業を利用したいので、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第9の規定に基づき、次のとおり申請書を提出します。

ふりがな			生年月日	昭和・平成	年	月	日
利用者の氏名			年齢	歳	性別	男・女	
利用者の住所	〒..... 電話番号						
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）			
			・				
			・				
利用希望サービス （✓をつけてください）	<input type="checkbox"/> 訪問介護サービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具購入サービス						
利用開始の希望日	令和 年 月 日						
利用者の主治医	医療機関名			医師名			
	住 所						
	電話番号						
利用者の公的 制度利用状況	障害者手帳		有・無				
	小児慢性特定疾病医療費の助成		有・無				
	生活保護の受給		有・無				

添付書類（各1部）

- 甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業医師意見書（第2号様式）、又は、「末期がん」であることが確認できる書類。なお、医師意見書の作成費用は利用者の負担です。
- 生活保護法の適用を受けている場合は、それを証する書類。

（裏面に続く）

【注意事項】 甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業の対象者

この支援事業の対象となる者は、次に掲げる要件の全てに該当する者です。

- (1) 甲府市内に住所を有する者
- (2) この支援事業のサービスを利用する時点において、年齢が40歳未満である者
- (3) 治癒を目的とした治療を行わない末期がん患者（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- (4) 在宅療養上の生活支援及び介護が必要な者
- (5) 次に掲げる公的な制度において、この支援事業と同等のサービスの利用を受けることができない者
 - * 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく事業
 - * 甲府市重度障害者等訪問入浴サービス事業実施要綱に基づく事業
 - * 甲府市日常生活用具給付等事業実施要綱に基づく事業
 - * 甲府市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業実施要綱に基づく事業
 - * その他の公的な事業



個人情報の調査及び提供に関する同意書

私（利用者及びその家族）は、この支援事業を利用するために、甲府市が、必要に応じて、私（利用者及びその家族）の個人情報に関して、次に掲げる事項を行うことに同意します。

- (1) 甲府市が保有する私（利用者及びその家族）の個人情報に関して調査すること。
- (2) 利用者の身体状況等について、主治医に問い合わせること。
- (3) サービス提供事業者に対して、私（利用者及びその家族）の個人情報を提供すること。

令和 年 月 日

利用者氏名	代筆者	続柄
		氏名