

（宛先）出水市長

申請者 住所
氏名
利用者との続柄（ ）
電話番号

若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

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、出水市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者氏名		年 齢	
住 所	電話番号		
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日
主 治 医	医療機関名 医 師 名	電話番号（ ）	
利用開始予定日	年 月 日		
認 定 書 類	医師の意見書等に係る費用 【有（ ）円）・無】		
サービス内容	<p>※希望するサービス内容に○印を付けてください。</p> <input type="checkbox"/> 身体介護に関すること。 1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体の介護 <input type="checkbox"/> 生活援助に関すること。 1 調理 2 生活必需品の買い物 3 衣類の洗濯及び補修 4 住居等の清掃及び整理整頓 5 その他必要な家事 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助に関すること。 1 通院、公共交通機関の利用等の援助 2 その他（ ） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ ）（ ） <input type="checkbox"/> 福祉用具購入（ ）（ ）		
事業所名	訪問介護（ ）	訪問入浴介護（ ）	
	福祉用具貸与（ ）	福祉用具購入（ ）	
公 的 制 度 受 給 状 況	生活保護（有・無） 障害者手帳（有・無） 小児慢性特定疾病医療費助成（有・無）		
若年者の在宅ターミナルケア支援事業を利用するために、私（利用者）及びその家族の個人情報について、鹿児島県及びサービス提供事業者に提供することに同意します。 利用者氏名 代筆者氏名 （署名又は記名押印）			

※医師の意見書（第2号様式）等を添付してください。