

第1号様式（表面）（第5条関係）

年 月 日

京都市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
生年月日  
(電話番号 )

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用申請書

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業の利用について、京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第5条の規定により必要書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては次のとおりです。(□にチェック☑をしてください。)

- ☐ この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について京都市が閲覧・照会することに同意します。
- ☐ 医師に治療内容を照会することに同意します。
- ☐ 対象サービスを提供する指定事業者の内容を照会することに同意します。
- ☐ 申請に係る対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ☐ 申請にあたっては京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱の内容を遵守します。

|                                                                                                                                  |                                            |                                            |       |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|-------------|
| ふりがな                                                                                                                             |                                            | 生年月日                                       | 年 月 日 |             |
| 対象者<br>氏名 (甲)                                                                                                                    |                                            |                                            |       |             |
| 住所                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>TEL ( ) | 申請者との<br>関係                                |       |             |
| 生活保護の受給 (○を付けてください。)                                                                                                             |                                            | 有 ・ 無                                      |       |             |
| 甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る一切の事務を委任します。<br>※ 受任者を指定いただくことで、助成対象者本人が手続きを行うことが困難な場合も、受任者が代理として請求等の事務を行うことができます。 |                                            |                                            |       |             |
| 受任者<br>(乙)                                                                                                                       | 氏名                                         | 生年月日                                       | 年 月 日 |             |
|                                                                                                                                  | 住所                                         | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>TEL ( ) |       | 対象者との<br>関係 |
| 上記委任の件について、承諾しました。 受任者 (自署) _____                                                                                                |                                            |                                            |       |             |

【添付書類】

- ☐ 本人確認書類（運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード、住民票の写しなど）
- ☐ 京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る意見書（第2号様式）
- ※ 法定代理人が申請する場合は、申請時に法定代理人の本人確認書類の提示（郵送申請の場合には、写しを添付）が必要です。

第1号様式（裏面）（第5条関係）

申請時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス<br>内容            | <p>該当するサービス内容に○印をつけてください。</p> <p>1 訪問介護</p> <p>(1) 身体介護に関すること</p> <p>① 身体の清潔の保持等の援助      ② その他必要な身体介護</p> <p>(2) 生活援助に関すること</p> <p>① 調理      ② 生活必需品の買い物      ③ 衣類の洗濯、補修</p> <p>④ 住居等の清掃、整理整頓      ⑤ その他必要な家事</p> <p>(3) 通院等乗降介助に関すること</p> <p>① 通院、交通や公共機関の利用等の援助      ② その他</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与（下記ア～サで該当するものに○をつけてください）</p> <p>4 福祉用具購入（下記シ～トで該当するものに○をつけてください）</p> |
| 利用予定<br>事業所<br>(申請時点) | <p>1 訪問介護      {      }</p> <p>2 訪問入浴介護      {      }</p> <p>3 福祉用具貸与      {      }</p> <p>4 福祉用具購入      {      }</p>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 利用開始<br>(予定) 日        | <p>年      月      日</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

福祉用具貸与

- ア 車いす（付属品含む）
- イ 特殊寝台（付属品含む）
- ウ 床ずれ防止用具
- エ 体位変換器
- オ 手すり（工事を伴わないもの）
- カ スロープ（工事を伴わないもの）
- キ 歩行器
- ク 歩行補助つえ
- ケ 認知症老人徘徊感知機器
- コ 移動用リフト（つり具の部分を除く）
- サ 自動排泄処理装置

福祉用具購入

- シ 腰掛便座
- ス 自動排泄処理装置の交換可能部品
- セ 排泄予測支援機器
- ソ 入浴補助用具
- タ 簡易浴槽
- チ 移動用リフトのつり具の部分
- ツ スロープ
- テ 歩行器
- ト 歩行補助つえ