

みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒 TEL ()		
利用開始 予 定 日	年 月 日 (介護支援専門員による事業所の紹介、調整等サービスを利用 する場合は、初回面談日を利用開始日とする。)			
生活保護 受 給	有 ・ 無			該当する方に○印を 付けてください。
公的制度 受給状況	障害者手帳	有 ・ 無	小児慢性特定疾病医療費助成	
《誓約事項》 次の内容を確認の上、チェック☑してください。 ☐ 私は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。 ☐ 私は、入院期間中、本事業のサービスを利用しないことを誓約します。				

* 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。

【利用可能サービス一覧】

訪問介護
身体介護 生活援助 通院等乗降介助
訪問入浴介護
介護支援専門員による事業所の紹介・調整等
福祉用具貸与
・手すり（工事を伴わないもの） ・スロープ（工事を伴わないもの） ・車いす 車いす付属品 ・歩行器 ・歩行補助杖 ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト（つり具を除く。） ・自動排泄処理装置
福祉用具購入
・腰掛便座 ・簡易浴槽 ・自動排泄処理装置の交換可能部品 ・移動用リフトのつり具の部分 ・入浴補助用具

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			
上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。 みなかみ町長 様 年 月 日 <u>医療機関住所</u>_____ <u>医療機関名</u>_____ <u>医師名（自署）</u>_____			

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。

みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（中止）申請書

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

年 月 日付けで交付の決定通知のあったみなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、以下のとおり申請内容を変更（中止）したいので、申請します。

■ 申請内容に変更が生じた場合（変更の箇所のみ記載してください）

利用 者	ふりがな		
	氏 名		
	住 所	〒 TEL ()	
生活保護 受 給		有 ・ 無	該当する方に○印 を付けてください。
公的制度 受給状況		障害者手帳 有 ・ 無 小児慢性特定疾病医療費助成 有 ・ 無	

■ 支援事業の利用を中止する場合（該当する項目にチェック☑をしてください）

- ☐ 利用者が亡くなったため
- ☐ 利用者が入院するため（がんの治療以外は、中止の対象としない）
- ☐ 利用者が町外に転出したため
- ☐ 利用者が40歳に達するため
- ☐ その他 ()

みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

みなかみ町長 様

住 所

請求者 氏 名 ⑩

(電話番号)

年 月 日付けで利用決定のありましたみなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業について、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。

記

1 請求金額 金 円 (B)

2 利用者 住 所

氏 名

3 振込口座

銀 行 名	本・支店名	種 目	口 座 番 号					
		1 普通預金						
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金						
		3 その他						
ふ り が な								
口 座 名 義 人								

- * 利用したサービスの実施報告書（様式第 8 号）、実施確認表及び領収書の写しを添付してください。
- * 代理人による申請（請求）の場合は、委任状（様式第 9 号）を添付してください。
- * 助成対象経費は上限額の範囲内です。利用料が上限額を超えた場合は、全額利用者負担となります。
- * 請求額は助成対象経費の90%の額とし、1 円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。ただし、利用者が生活保護世帯の場合は利用者の負担相当額も含めてください。

みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

サービス区分		利用回数	利用料	助成対象経費（A）	助成額 （A×90%） ※ 1 円未満切捨て
年 月 分	身体介護	回	円	上限額 ・ 0 歳から19歳まで 50,000円／月 ・ 20歳から39歳まで 80,000円／月	
	生活援助	回	円		
	通院等乗降介助	回	円		
	訪問入浴介護	回	円		
	小計		円	円	円
	福祉用具貸与	日	円	上限額 80,000円／月	円
	小計		円	円	
	福祉用具購入	—	円	上限額 50,000円／月	円
	小計		円	円	
	居宅介護支援	回	円	上限額 10,000円／月	円
	小計		円	円	
	合計		—	円	(B) 円

※ 複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。

※ 1 月毎に記入してください。

年 月 日
上記のとおりサービス提供を受けました。
利用者名
住 所
電話番号

年 月 日
上記のとおりサービス提供を実施しました。
サービス提供事業者
管 理 者
住 所
電話番号

実施確認票

☐介護支援専門員による事業所の紹介、調整等

利用者名 _____

担当者名 _____

居宅介護支援事業所名 _____

所在地 _____

面談日（電話による相談も可） _____ 年 ____ 月 ____ 日

アセスメント	

※事業所様式の添付でも可

課題分析の 結果	

援助方針と サービス内容	

介護支援専門員による事業所の紹介、調整等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

____ 年 ____ 月 ____ 日 利用者又は申請者 署名 _____

実施確認票

☐ 訪問介護及び訪問入浴介護

- 1 下記のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、事業者のサービスを実施した担当者の印を押してください。
- 2 カレンダー内の（ ）に、実施したサービスを以下のA～Eで記入してください。

A 身体介護	B 生活援助	C 通院等乗降介助	D 訪問入浴介護
--------	--------	-----------	----------

年	月分
---	----

() 曜日	() 曜日	() 曜日	() 曜日	() 曜日	() 曜日	() 曜日
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()
8 ()	9 ()	10 ()	11 ()	12 ()	13 ()	14 ()
15 ()	16 ()	17 ()	18 ()	19 ()	20 ()	21 ()
22 ()	23 ()	24 ()	25 ()	26 ()	27 ()	28 ()
29 ()	30 ()	31 ()				

☐ 福祉用具貸与（ 年 月分）

利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

福祉用具の種類	期 間	利用料	本人負担額
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円

☐ 福祉用具購入（ 年 月分）

福祉用具の種類	納品日	利用料	本人負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円

委 任 状

年 月 日

みなかみ町長 様

私は、下記の者を代理人と定め、みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業にかかる助成金の申請（請求）及び受領に関する一切の権限を委任するので、請求書記載の口座に振り込み願います。

記

委 任 者

住所 〒 _____

氏名 _____

受 領 者

住所 〒 _____

事業所名 _____

管理者名 _____