

別記様式第 1 号（第 6 条関係）

（表）

栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金交付申請書

年 月 日

（宛先） 栃木市長

栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、この補助金の交付に係る審査のため、市の職員が私の住民情報及び生活保護の受給状況を確認することに同意します。

申請者	住所	栃木市		
	氏名	電話番号	生年 月日	年 月 日
サービス等の利用開始予定日	年 月 日			

委任欄 ※代理人が申請する場合は、以下について必ず申請者が記入してください。

委任者（申請者）	住所	氏名
私は、栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金の交付に関する一切の権限を次の者に委任します。		
受任者（代理人）	住所	氏名

(裏)

現時点において、利用したいサービス等の番号に○印を付けてください。

訪問介護	身体介護に関する こと。	1 身体の清潔保持等の援助 2 その他必要な身体 の介護
	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、 補修 4 住居等の清掃、整理 整頓 5 その他必要な 家事
	通院等乗降介助 に関する こと。	1 通院、交通や公共機 関の利用等の援助 2 その他 ()
訪問入浴介護		1 訪問入浴介護
福祉用具貸与		1 車いす 2 車いす附 属品 3 特殊寝台 4 特 殊寝台附属品 5 床ず れ防止用具 6 体位変 換器 7 手すり (工事を 伴わないものに限る。) 8 スロープ (工事を伴 わないものに限る。) 9 歩行器 10 歩行補助 つえ 11 移動用リフト (つり 具を除く。) 12 自動 排泄処理装置 13 その他 ()
福祉用具購入		1 腰掛便座 2 自動 排泄処理装置の交換可 能部品 3 入浴補助用具 4 簡 易浴槽 5 移動用リフ トのつり具の部分 6 その他 ()

サービス等提供事業者名を記載してください。

サービス等提供 事業者	訪問介護 ()
	訪問入浴介護 ()
	福祉用具貸与 ()
	福祉用具購入 ()

別記様式第2号（第6条関係）

栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金に係る意見書

ふりがな		生年	年 月 日
氏 名		月 日	
住 所	栃木市		
病 名			
注意事項 等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金交付要綱第3条第3号に掲げる要件に該当すると判断する。</p> <p>(宛先) 栃木市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名 _____</p> <p style="text-align: right;">(自署しない場合は、記名押印してください。)</p>			

※栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金交付要綱第3条第3号：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者に限る。）

（表）

栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金交付申請書

年 月 日

（宛先） 栃木市長

栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、この補助金の交付に係る審査のため、市の職員が私の住民情報及

在宅で介護を受けている方

することに同意します。

申請者	住所	栃木市		
	電話番号			
	氏名	生年 月日	年 月 日	
<small>（自署しない場合は、記名押印してください。）</small>				

振込先が申請者と異なる場合は、ご記入ください。

年 月 日

委任欄 ※代理人が申請する場合は、以下について必ず申請者が記入してください。

委任者（申請者） 住所 氏名 **在宅で介護を受けている方**

私は、栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金の交付に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者（代理人） 住所 氏名 **振込先の方**

(裏)

現時点において、利用したいサービス等の番号に○印を付けてください。

訪問介護	身体介護に関する こと。	1 身体の清潔保持等の援助 2 その他必要な身体 の介護
	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、 補修 4 住居等の清掃、整理 整頓 5 その他必要な 家事
	通院等乗降介助 に関する こと。	1 通院、交通や公共機 関の利用等の援助 2 その他 ()
訪問入浴介護		1 訪問入浴介護
福祉用具貸与		1 車いす 2 車いす附 属品 3 特殊寝台 4 特 殊寝台附属品 5 床ず れ防止用具 6 体位変 換器 7 手すり (工事を 伴わないものに限る。) 8 スロープ (工事を伴 わないものに限る。) 9 歩行器 10 歩行補助 つえ 11 移動用リフト (つり 具を除く。) 12 自動 排泄処理装置 13 その他 ()
福祉用具購入		1 腰掛便座 2 自動 排泄処理装置の交換可 能部品 3 入浴補助用具 4 簡 易浴槽 5 移動用リフ トのつり具の部分 6 その他 ()

サービス等提供事業者名を記載してください。

サービス等提供 事業者	訪問介護 ()
	訪問入浴介護 ()
	福祉用具貸与 ()
	福祉用具購入 ()

別記様

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がん患者であることがわかるものであれば代用可能。

栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金に係る意見書

ふりがな		生年	年 月 日
氏 名		月 日	
住 所	栃木市		
病 名			
注意事項 等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金交付要綱第3条第3号に掲げる要件に該当すると判断する。</p> <p>(宛先) 栃木市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名 _____</p> <p style="text-align: right;">(自署しない場合は、記名押印してください。)</p>			

※栃木市若年がん患者の在宅ターミナルケア支援補助金交付要綱第3条第3号：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者に限る。）