

様式第 1 号（第 5 条関係）

広川町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活助成金交付申請書

年 月 日

広川町長 様

申請者 住所

氏名 印

電話番号

広川町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活助成金の交付を受けたいので、広川町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活助成金交付要綱第 5 条の規定により以下のとおり申請します。

【利用予定者情報】

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		年齢	歳
住所	☐ 申請者と同じ 電話番号		

【利用予定サービス】

内容 利用を予定しているサービスの番号に○印を付けてください。

- 1 訪問介護
- (1)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 ()
- (2)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 ()
- (3)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 ()
- 2 福祉用具貸与 (用具名:)
- 3 福祉用具購入 (用具名:)
- 利用予定 1 訪問介護 ()
- 事業者名 2 福祉用具貸与 ()
- 3 福祉用具購入 ()

(裏面あり)

【誓約・同意事項】

※すべての項目を確認し、□にチェック（☑）してください。

□以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ①交付決定に係る審査のため、住民基本台帳等の公簿等の確認を行うことや、関係機関に対し調査・照会・必要な資料の閲覧をすることに同意します。
- ②公簿等で確認できない事項については、関係書類を提出します。
- ③介護保険その他の制度によって介護サービスの提供を受けることができません。
- ④利用予定者及び同一の世帯に属する者は、暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
- ⑤助成金の交付後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や助成金の交付要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還します。

【提出書類】 ※①又は②の書類を添付してください。

- ① 意見書（様式第2号）
- ② 利用者が介護保険法施行令第2条第1号のがん患者であることを証する書類