様式１

神戸市若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

神戸市長　様

申請者　住　所
氏　名
（電話番号　　）
（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　）

神戸市若年者の在宅ターミナルケア支援事業の利用を申請します。なお、次のことについて同意します。

□申請内容について、神戸市が保有する住民票・世帯情報を閲覧することに同意します。

□神戸市から医療機関等へ治療内容等を問い合わせることに同意します。

□６か月を超えて請求が行われなかった場合、神戸市が保有する住民票・世帯情報を閲覧することに同意します。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用者氏名</td><td rowspan="2"></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>年　齢</td><td>歳</td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒

TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">家族構成</td><td>氏　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td colspan="2">備　考（連絡先等）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>利用開始予定日</td><td colspan="5">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="5">■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
■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
■入浴に関すること
１　訪問入浴介護
■相談・助言その他の日常生活上の世話に必要となるものに関すること
１　福祉用具等貸与　　２　生活、介護等に関する相談、助言
３　福祉用具購入　　４　在宅医療機器購入</td></tr>
<tr><td rowspan="2">委　任</td><td colspan="5">本人が請求できない場合の委任代理人の選定</td></tr>
<tr><td colspan="4">代理人氏名</td><td>本人との続柄：</td></tr>
<tr><td>そ の 他</td><td colspan="5">生活保護の受給　　（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

＊　「末期がん」であることが確認できる書類を添付してください。

＊　住民票による本人との関係の確認ができない場合は、「本人と代理人の関係を証明する書類」を提出してください。

＊　申請後、お住まいの区役所保健福祉部保健師より、在宅療養相談のためご連絡させていただきます。