

様式第1号（第5条関係）

足利市在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

（あて先） 足利市長

申請者 住所
氏名
（利用者と続柄）
電話番号

下記のとおり、足利市在宅ターミナルケア支援事業の助成を受けたいので申請します。

記

| | | | | | |
|--------------|-------------------------------------|--|--|-------------|-------|
| ふりがな | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 利用者氏名 | | | | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒 TEL | | | | |
| 助成金請求 代理人 | 申請者が利用者本人の場合、助成金請求について代理人を記入してください。 | | | | |
| | ふりがな | | | 生年月日 | |
| | 代理人氏名 | | | 利用者との 続柄 | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | | | | |
| 生活保護の 受給 | 有 ・ 無 | 有の場合 受給資格審査のため足利市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません | | | |
| 利用開始 予定日 | 年 月 日 | | | | |

※意見書（様式第2号）等を添付してください。

※この制度以外の公的な制度を利用されている場合は利用できません。

（裏面に続く）

現時点において、利用したいサービスの番号に○をつけてください。

| | | |
|--------|---------------|---|
| 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 車いす付属品 3 特殊寝台 4 特殊寝台付属品 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) 8 スロープ(工事を伴わないもの) 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() |

サービス提供事業者名を記載してください。

| | | |
|-----------|--------|-----------------------|
| サービス提供事業者 | 訪問介護 | 事業所名 住所 連絡先 |
| | 訪問入浴介護 | 事業所名 住所 連絡先 |
| | 福祉用具貸与 | 事業所名 住所 連絡先 |
| | 福祉用具購入 | 事業所名 住所 連絡先 |