

幸手市若年者在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 幸手市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

幸手市若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、市が世帯員の住民基本台帳、課税台帳等を調査すること及び生活状況等の調査等をすることに同意します。

利用者	ふりがな				生年月日	年 月 日
	氏名				電 話	
	住 所					
世帯構成	氏 名	続柄	生年月日	連絡先		
		世帯主				
主治医	(医療機関名) (医 師 名) (電 話 番 号)					
申請理由	(在宅療養生活において支援・介護が必要な状況、必要な支援・介護の内容)					
利用開始 希 望 日	年 月 日					
公的制度 受給状況	生活 保護	有 ・ 無	障害者 手 帳	有 ・ 無	小児慢性特定 疾病医療費助成	有 ・ 無