

貝塚市在宅緩和ケア支援助成金交付申請書

年 月 日

貝塚市長 様

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり、貝塚市在宅緩和ケア支援助成金の交付を受けたいので、申請します。
なお、申請内容について、必要に応じて市が保管する個人情報を閲覧し、意見書を作成した医療機関に問い合わせることに同意します。

記

ふりがな			生年月日	年 月 日生		
対象者氏名			年 齢	歳	性 別	
住 所	〒 電話番号 ()					
緊急連絡先	氏 名	対象者との続柄	住所		電話番号	
主 治 医	病院名			医師名		
サービス内容	*該当するサービス内容に○印をつけてください。 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その他必要な身体の介護 (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その他必要な家事 (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 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 (1) 車いす (2) 特殊寝台 (3) その他 () 4 福祉用具購入 () 5 居宅介護支援※介護保険第 2 号被保険者が申請する場合に限る					
そ の 他	生活保護の受給 (有 ・ 無) 有：受給状況の確認に同意します ☐		障がい福祉サービス等の利用 (有 ・ 無)			

(申請等を対象者本人以外に委任する場合) 下記代理人に委任します。 対象者 印

氏 名		対象者との続柄		生年月日	
住 所				電話番号	

※本人確認書類（免許証やマイナンバーカード等）を添付してください。
*「回復の見込みがない状態」であることが確認できる書類（医師意見書）を添付してください。