

様式第 2 号

在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

下記のとおり、佐野市在宅ターミナルケア支援事業を利用し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 ()		
生活保護の 受給	有 ・ 無 有の場合、受給資格審査のため佐野市が実施する世帯の生活保護受給状況 の確認に ☐ 同意します ☐ 同意しません		
利用開始 予定日	年 月 日		

- ※ 意見書（様式第 3 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○印をつけてください。

訪問介護	身体介護に関する事	1 身体の清潔保持等の援助	2 その他必要な身体介護
	生活援助に関する事	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事	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（	）
	訪問入浴介護（	）
	福祉用具貸与（	）
	福祉用具購入（	）