

(表)

様式第1号 (第6条関係・助成申請書)

佐賀県小児・AYA世代がん患者在宅ケア支援事業利用申請書

令和 年 月 日

佐賀県知事 殿

申請者 住所

氏名 (印)

(利用者との続柄)

(電話番号)

下記のとおり、佐賀県小児・AYA世代がん患者在宅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	〒 電話番号 ()		
上記以外の連絡先 (連絡がつく方を2人までご記入下さい。)	氏 名	続柄	同居の有無 連絡先 (日中連絡がつくもの)
主治医	病院名 医師名	電話番号	()
利用開始予定日	令和 年 月 日		
助成対象サービス内容	<u>*該当するサービス内容に○印をつけて下さい</u> ■身体介護に關すること 1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護 ■生活援助に關すること 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 ■通院等乗降介助に關すること 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 ■福祉用具貸与 () ■福祉用具購入 ()		
事業所名	訪問介護 () 訪問入浴介護 () 福祉用具貸与 () 福祉用具購入 ()		
公的制度受給状況	生活保護の受給 (有・無) 小児慢性特定疾病医療費助成 (有・無) ※生活保護を受給している場合は、受給資格を証明する書類を添付してください。		

※ 添付書類については、裏面をご確認ください。

(裏)

(添付書類)

1. 医師の意見書（様式第2号）
 2. 住所を証明する住民票（原本）（個人番号の記載のないもので、発行から3ヶ月以内のもの、在宅ケア支援事業利用申請書提出日時点の居住が確認できるもの）
- ※ 必要があるときは、医師にお問い合わせする場合がありますので、ご了承ください。

◎注意事項

- ※助成決定については、佐賀県健康福祉部健康増進課がん撲滅特別対策室から文書で通知します。
- ※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ※医療機関によっては、様式第2号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。（助成対象外）
- ※本事業による助成は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）の規定による小児慢性特定疾病医療費やその他本事業と同等の助成又は給付事業に基づく助成との併用（利用期間が重なる）は出来ません。
- ※本事業は、在宅ケアに要した費用を申請及び請求に基づき佐賀県が助成するものであり、がん治療及び居宅サービス内容について佐賀県が保証する、若しくは責任を負うものではありません。

◎個人情報の取扱いに関するご案内

この申請書の提出に伴い収集した個人情報は、この助成金の交付のためにのみ使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

また、県における個人情報の取り扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。

(URL : https://www.pref.saga.lg.jp/ki_ji00319144/index.htm)

申請方法について

- 申請方法 : 郵送及び持参
 - 送付先及び受付窓口 : 〒840-8570 佐賀市城内1丁目1番59号
佐賀県健康福祉部健康増進課がん撲滅特別対策室
 - 受付時間 : 月曜日から金曜日（祝日、年末年始を除く。）
8時30分から17時まで
- ※郵送による申請の場合は、簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。

問合せ先

佐賀県健康福祉部健康増進課がん撲滅特別対策室
○電話 : 0952-25-7491