**秋田県若年がん患者在宅療養支援事業　利用申請書**

年　　月　　日

秋田県知事

申請者　住所

氏名

秋田県若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | 年　　月　　日（満　　歳） | |  | |
| 住所 | 〒  （電話番号　　　-　　　-　　　） | | | |
| 県との連絡をする者 | 氏名 | 本人との関係 | | 連絡先 |
|  |  | |  |
| 事業所名 | 福祉用具の貸与： | | | |
| 福祉用具の購入： | | | |
| 公的制度の受給状況 | 小児慢性特定疾病医療費助成　　　　　　　　　　　　有　・　無  生活保護の受給　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　・　無  ※生活保護を受給している場合は、受給を証明する書類を添付してください。 | | | |

○以下は、医師に自筆での記入を依頼してください。

|  |
| --- |
| 上記の利用者は、一般に認められている医学的知見に基づき、秋田県若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第３の③に該当する者と判断できる。（※）  　秋田県知事  年　　月　　日  医療機関名  医師氏名  　必要があるときは、お問い合わせする場合がありますのでご了承ください。  ※　介護保険法による要介護認定の特定疾病（がん）の診断基準に準ずる。 |