

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。