

秋田県若年がん患者在宅療養支援事業 利用申請書

令和4年6月1日

秋田県知事

申請者 住所 秋田市山王四丁目1-1

福祉用具を利用する方のお名前を記入してください。

氏名 秋田 太郎

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	昭和62年4月1日（満35歳）		
県との連絡を担う方を記入してください。	〒010-8570 秋田市山王四丁目1-1 （電話番号018-860-1428）		
	氏名	本人との関係	連絡先
県との連絡をする者	秋田 花子	妻	090-1234-5678
事業所名	福祉用具の貸与：株式会社 ○○ ××支店		
	福祉用具の購入：同上		
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

令和4年5月27日

担当医に自筆で記入してもらってください。

医療機関名 ○○総合病院

医師氏名 山王 一郎

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。