

第2号様式（表面）

久留米市若年者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

年 月 日

久留米市長 殿

申請者 住所

氏名

（電話番号 ）

久留米市若年者の在宅ターミナルケア支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用予定者 氏名		年齢	歳
		性別	男 ・ 女
住所	〒		
	□申請者と同じ TEL ( )		
□支援事業の利用決定にあたり、久留米市が住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。			

申請日時点において、利用したいサービスの番号に○印を付けてください。

サービス 内容	<p>該当するサービス内容に○印を付けてください。</p> <p>1 訪問介護                  (1) 身体介護に関すること                      ① 身体の清潔の保持等の援助      ②その他必要な身体の介護                  (2) 生活援助に関すること                      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                  (3) 通院等乗降介助に関すること                      ① 通院、交通や公共機関の利用等の援助      ② その他</p> <p>2 訪問入浴介護</p> <p>3 福祉用具貸与（裏面の①の欄で該当するものに○を付けてください）</p> <p>4 特定福祉用具販売（裏面の②の欄で該当するものに○を付けてください）</p>
	<p>利用予定 事業所 (申請時点)</p> <p>1 訪問介護 [ ]</p> <p>2 福祉用具貸与 [ ]</p> <p>3 特定福祉用具販売 [ ]</p>

\* 「がん」であることが確認できる書類を添付してください。

## 第2号様式（裏面）

### ① 福祉用具貸与

- ア 車いす（付属品含む）
- イ 特殊寝台（付属品含む）
- ウ 床ずれ防止用具
- エ 体位変換器（起き上がり補助装置を含む）
- オ 手すり
- カ スロープ（工事を伴わないもの）
- キ 歩行器
- ク 歩行補助つえ
- ケ 移動用リフト（つり具の部分を除く。階段移動用リフトを含む）
- コ 自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く）

### ② 特定福祉用具販売

- ア 腰掛便座
- イ 入浴補助用具
- ウ 自動排泄処理装置の交換可能部品
- エ 簡易浴槽
- オ 移動用リフトのつり具の部分