

第7号様式（第10条関係）

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用更新申請書

年 月 日

川崎市長

申請者（助成対象者） 住所

氏名 印

（以下の委任を行う場合は要押印）

年 月 日付けで利用決定を受けた川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業について、更新を希望するため、次のとおり申請します。

川崎市が必要な範囲内において、官公署、医療機関、その他関係機関に対し資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことに同意します。また、本事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について川崎市が調査することに同意します。

申請者 (助成対象者)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日 ( 歳)
	住所	(電話 )	
公的制度 受給状況	障害者手帳（有・無） →有の場合（種別：身体・療育・精神）（等級： ） →身体の場合（障害名： 介護保険サービス（有・無） 小児慢性特定疾病医療費助成（有・無） ※他の制度において、同等の補助又は給付を受けることができない方が対象		
該当する対象	<input type="checkbox"/> 末期がん患者以外で、寝たきりとなり在宅介護サービスを利用している方 ※更新に当たり、再度意見書（第3号様式）の提出が必要です。		
利用予定の 介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護に相当するサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護に相当するサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具の借受け又は購入に相当するサービス		

サービス終了後に請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、代理人に本事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。

助成金 代理人	代理人氏名	印	利用者との続柄
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号

【添付書類】

- 川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業に係る意見書（第3号様式）