

令和7年度山形県若者がん患者の在宅ターミナルケア支援事業利用申請書

令和 年 月 日

山形県知事 吉村 美栄子 殿

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

下記のとおり令和7年度山形県若者がん患者の在宅ターミナルケア支援事業を利用したいので、申請します。

記

ふりがな				生年月日	年 月 日 (歳)
利用者氏名					
住 所	〒			電話番号 ()	
上記以外 の連絡先	氏名	続柄	同居の有無	連絡先 (日中連絡がとれるもの)	
主治医	病院名 医師名			電話番号 ()	
利用開始予定日	令和 年 月 日				
助成対象 サービスの内容	<p>※利用するサービスの□に✓を記入してください。</p> <p>■訪問介護</p> <p>■身体介護に関すること</p> <p>□身体の清潔の保持等の援助 □その他必要な身体の介護</p> <p>■生活援助に関すること</p> <p>□調理 □生活必需品の買い物 □衣類の洗濯、補修</p> <p>□住居等の清掃、整理整頓 □その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること</p> <p>□通院、交通や公共機関の利用等の援助 □その他 ()</p> <p>□訪問入浴介護</p> <p>□福祉用具貸与 ()</p> <p>□福祉用具購入 ()</p>				

サービス提供事業者名	訪問介護（ ） 訪問入浴介護（ ） 福祉用具貸与（ ） 福祉用具購入（ ）
公的制度の受給状況	※「有」又は「無」に○印を記入してください。なお、「有」の場合は本支援事業を利用することができません。 （有・無）小児慢性特定疾病医療費支援 （有・無）小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業 （有・無）その他本制度と同等の助成又は給付
添付書類	※添付する書類の□に✓を記入してください。 □医師による意見書（様式第1－2号）又は山形県若者がん患者の在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第3条第3号に該当することが確認できる書類 □サービス利用者の住所及び生年月日が確認できる書類（住民票の場合は、個人番号の記載のないもので、発行から3か月以内のもの。）

※ 支援事業を利用する者以外の者が申請する場合は、以下をご記入ください。

委任状

山形県知事 吉村 美栄子 殿

(代理人) 住 所
氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、令和7年度山形県若者がん患者の在宅ターミナルケア支援事業の申請に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

(委任者) 住 所
氏 名

(注意事項)

- ・助成決定については、山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課から文書で通知します。
- ・書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますのでご注意ください。
- ・医療機関によっては、意見書（様式第1－2号）の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- ・本事業は、在宅ターミナルケアに要した費用を申請及び請求に基づき山形県が助成するものであり、がん治療及びサービスの内容を山形県が保証する、若しくは責任を負うものではありません。

(申請)

- ・申請方法：持参又は郵送
- ・提出先：〒990-8570 山形市松波二丁目8-1
山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課疾病予防担当
- ・受付時間：平日8時30分～17時15分

(問合せ先)

- ・山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課疾病予防担当 TEL：023-630-2919