

神戸市若年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

神戸市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)
(メールアドレス)

下記のとおり、神戸市若年者の在宅ターミナルケア支援事業の利用を申請します。

申請内容について、神戸市が保有する個人情報を閲覧すること及び神戸市から医療機関等へ治療内容等を問い合わせることに同意します。

Table with 4 main sections: Personal Information (Name, Birth Date, Gender), Residence (Address, TEL), Family Composition (Name, Relationship, Birth Date), and Service Content (Body Care, Life Assistance, Hospital Assistance, Bathing, etc.). Includes fields for start date, agent, and other notes.

* 「末期がん」であることが確認できる書類を添付してください。

* 申請後、お住まいの区役所保健福祉部保健師より、在宅療養相談のためご連絡させていただきます。