

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）長久手市長

申請者 住所
 （保護者）氏名（自署）
 助成対象者との続柄（ ）
 電話番号（ ）

長久手市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。
 なお、長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱を遵守し、受給資格の審査のため、市が実施する確認事項に係る調査の実施や、必要な限度で市が関係機関等から対象者の情報を取得すること、又は関係機関等へ提供することに同意します。

助成対象者（甲）	フリガナ 氏名	生年月日			
					年 月 日（ 歳）
	住所	〒 長久手市 □申請者と同じ			
	家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考
確認事項	小児慢性特定疾病医療費助成の受給（ 有・無 ） 障害者総合支援法に基づく給付（ 有・無 ） 生活保護の受給（ 有・無 ）				
主治医	病院名： 医師名：				
利用開始予定日	年 月 日				

※医師による意見書等を添付してください。

※他の公的な制度等を利用されている経費については、利用できません。

※申請者は、原則として助成対象者とし、助成対象者が未成年の場合には、保護者を申請者としてください。

裏面も記載してください。

甲は、乙を代理人と定め、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第 653 条第 1 項の規定にかかわらず、乙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。

※助成対象者が未成年で保護者が申請者となる場合には、記入は不要です。

代理人 (乙)	上記委任の件について、承諾しました。		
	氏名 (自署)		生年月日 年 月 日
	住所		
	連絡先		甲との続柄