様式第１（第５条関係）

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付申請書

年　　月　　日

岩倉市長　殿

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金の交付を受けたいので、岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補 助 対 象 者 （ 甲 ） | ふりがな |  | | | 生年月日 |
| 氏　　名 | □申請者と同じ | | | 年　　　月　　　日  　　　　（年齢　　　歳） |
| 住　　所 | 〒  岩倉市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　）  □申請者と同じ | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 備考（連絡先等） |
|  |  | 年 　月 　日 |  |
|  |  | 年 　月　 日 |  |
| 主治医 | 病院名：  医師名：  電話番号　　　（　　　　） | | | |
| 利用開始  予定日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 利　　用  サービス | 区　　分 | 内　　容 | | |
| １在宅サービス |  | | |
| ２福祉用具貸与 |  | | |
| ３福祉用具購入 |  | | |
| 受任者（乙） | 甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合は、乙に当該補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。 | | | | |
| 氏名（自署） | | | | 甲との続柄 |
| 住所　〒 | | | | 生年月日  年　　月　　日 |
| 確認事項 | 小児慢性特定疾病医療費助成の受給 | | | | 有　　・　　無 |
| 他の制度における助成又は給付の受給 | | | | 有　　・　　無 |
| 生活保護の受給 | | | | 有　　・　　無 |
| 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に  □同意します　　　　　　　　　　□同意しません | | | | |