

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			年 月 日 (年齢 歳)	
	住所	〒 岩倉市  電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません					

様式第2（第5条関係）

意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
補助対象者 氏 名			
住 所	岩倉市		
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第2条第3号に規定する「がん患者（医師に一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された者に限る。）」に該当するものと判断します。</p> <p>岩倉市長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名（自署） _____</p>			

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金については、下記のとおり交付を決定しましたので、岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第7条の規定に基づき通知します。

記

- 1 利用開始日 年 月 日
- 2 補助対象者氏名
- 3 補助金対象サービス
- 4 補助金交付の条件等

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金については、下記の理由により不承認とすることに決定しましたので、岩倉市若年がん患者療養費補助金交付要綱第7条の規定に基づき通知します。

記

- 1 補助対象者氏名
- 2 不承認の理由

様式第5（第8条関係）

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金変更（廃止）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

年 月 日付けで交付決定を受けた岩倉市若年がん在宅療養費補助金について、申請内容に変更が生じたので、岩倉市若年がん在宅療養費補助金交付要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 申請区分 （ 変更 ・ 廃止 ）

※変更の場合は、2もご記入ください。

2 変更内容（変更箇所のみ記入してください）

補助対象者 (甲)	ふりがな				
	氏名				
	住所	〒 岩倉市  電話番号 ( )			
	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 <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません				

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金変更（廃止）決定通知書

年 月 日付けで変更（廃止）申請のありました岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金の変更（廃止）については、下記のとおり決定しましたので、岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第9条の規定に基づき通知します。

記

- 1 補助対象者氏名
- 2 変更（廃止）を決定した内容

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金変更（廃止）不承認通知書

年 月 日付けで変更（廃止）申請のありました岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金の変更（廃止）については、下記の理由により不承認とすることとしましたので、岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第9条の規定に基づき通知します。

記

- 1 補助対象者氏名
- 2 変更（廃止）不承認の理由

第 号  
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金取消通知書

年 月 日付け 第 号で交付決定をした岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金について、下記の理由により取り消すこととしましたので、岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第10条第2項の規定に基づき通知します。

記

- 1 補助対象者氏名
- 2 取消しの理由

様式第9（第11条関係）

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付請求書

年 月 日

岩倉市長 殿

請求者 住所  
氏名（自署）  
補助対象者との続柄  
電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定のありました岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金（ 年 月分）の交付を下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

(内訳)

区 分	利用料	(A) × 0.9	請求額※
1 在宅サービス	円	/	※(A) × 0.9 又は補助 限度額 54,000 円（生 活保護受給者にあっ ては、60,000 円）の いずれか少ない額。 1 円未満は切捨てとな ります。
2 福祉用具貸与	円		
3 福祉用具購入	円		
合 計	(A) 円	円	円

2 補助対象者

氏 名	
住 所	〒

3 振込口座（補助対象者又は請求者の名義のものに限る。）

(振込先) 金融機関	銀行 信用金庫 農協 支店
種 別	普通 ・ 当座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義人	

(備考) 領収書と利用したサービスの内容が分かる書類（明細書等）を添付してください。