

様式第 1 号（第 5 条関係）

常滑市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金利用申請書

年 月 日

常滑市長 様

申請者 住所

氏名（自署又は記名押印）

対象者との続柄（ ）

電話番号（ ）

常滑市若年がん患者自宅療養支援事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、以下のとおり利用申請します。なお、申請にあたり、対象者の住民基本台帳を参照すること及び必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな			生年 月 日	年 月 日		
	氏名				(年齢 歳)		
	住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 <div style="text-align: right;">電話番号 ()</div>					
利用開始 予定日		年 月 日					
対象経費	区分		サービスの内容				
	1. 在宅サービス						
	2. 福祉用具の貸与						
	3. 福祉用具の購入						
受任者	私は、サービス利用終了後に補助金の請求ができない場合、以下の者に補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。 補助対象者氏名（自署又は記名押印）						
	氏名		続柄		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ 〒					
その他		小児慢性特定疾患医療費の受給（有 ・ 無） 他の制度や保険における助成又は給付の受給（有 ・ 無）					

※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。